2007-2008
Rapport annuel de gestion

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Québec

Adopté par résolution du conseil d'administration le 24 septembre 2008

Ce document a été réalisé par :

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
1, 9e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9

Téléphone : 1-819-764-3264
Télécopieur : 1-819-797-1947
Site Web : www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca

Manon Cliche, agente administrative, pour la conception graphique, sous la coordination de Nicole Desgagnés, adjointe au directeur à la Direction générale adjointe, en collaboration avec le personnel de toutes les directions et service.

ISBN-13 : 978-2-89391-342-1 (version imprimée)
ISBN-13 : 978-2-89391-343-8 (version pdf)

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2008
Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Canada, 2008

Note : Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte. Il désigne tant les hommes que les femmes.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

Liste des sigles et acronymes vii
Liste des tableaux ix

MOT DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION xi

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS xv

1 RÔLE ET ÉTAT GÉNÉRAL DE FONCTIONNEMENT DE L'AGENCE

La mission, le territoire, la population 1
Le plan d'organisation, l'organigramme et les effectifs de l'Agence 4
Le réseau d'établissements de santé et de services sociaux 6
Les organismes communautaires 7
Le conseil d'administration 8
Les instances consultatives 8
La Commission infirmière régionale 8
La Commission multidisciplinaire régionale 9
Le Comité de vigilance et de la qualité 9
Le Comité régional d'accès aux services en langue anglaise 10
Le Comité régional sur les services pharmaceutiques 11
Le Département régional de médecine générale 11
La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée 12

2 ACTIVITÉS DE L'AGENCE

Les grands défis de l'année 15
Fonctions hospitalières régionales 15
L'offre de service pour les jeunes en difficultés et la nouvelle *Loi de la protection de la jeunesse* 15
Perte d'autonomie liée au vieillissement 16
Prévention et lutte aux maladies chroniques 16

Les affaires médicales 18
Groupe de médecine de famille 18
Plans régionaux d'effectifs médicaux en médecine générale et en spécialité 19
Unité de médecine familiale 22
Réseau universitaire intégré de santé McGill 23

Les activités régionales en santé et services sociaux 24
Amélioration de la qualité des services 24
↳ Agrément et prestation sécuritaire des services 24
↳ Mesures de contrôle, de contention et d'isolement 24
↳ Plaintes à l'Agence et dans les établissements 25
↳ Satisfaction des usagers 26
↳ Visites d'appréciation de la qualité des services 26
Communautés autochtones 28
Santé au travail 29
Services préhospitaliers d'urgence 30

PROGRAMMES DE SERVICES
Déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED)
Accès aux services DI et TED 31
Activités de jour et répit-dépannage (DI, TED, DP) 31
Réinsertion sociale – DI 32
Services spécialisés – TED 32
Services spécialisés – DI 34
Soutien à domicile – DI et TED 34

Déficience physique

Services aux personnes aux prises avec un traumatisme craniocérébral 36
Services de première ligne – Taux horaire pour l'allocation directe 37
Services spécialisés 37
Soutien à domicile 38

Dépendances

Jeu pathologique 40
Programme Alcochoix + ... 40
Services de première ligne – Toxicomanies 41

Jeunes en difficulté

Équipe d'intervention jeunesse 42
Expertises psychosociales 42
Programme de qualification des jeunes 43
Services de première ligne 43
Services de deuxième ligne 44
Services de santé mentale en centre jeunesse 45
Services d'intervention en situation de crise 46
Supervision des droits d'accès 46

Perte d'autonomie liée au vieillissement

Maintien dans la communauté – Places de soins post-hospitaliers 47
Maintien dans la communauté – Places d'hébergement non institutionnelles 47
Maintien dans la communauté – Soutien en logement social 48
Maintien dans la communauté – Soutien des proches aidants 48
Services dans la communauté 49
Services d'hébergement en CHSLD 49
Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée 50

Santé mentale

Services de crise et d'intégration dans la communauté 51
Services d'intégration dans la communauté 51
Services de première ligne 52
Services de deuxième ligne 52
Services d'urgence 54

Santé physique

Accessibilité à des services médicaux 55
Cardiologie tertiaire 56
Chirurgie 56
Examens diagnostiques 57
Lutte contre le cancer 58
Lutte contre le cancer (incluant soins palliatifs) 58
Pharmacie 59
Services d'urgence 60
Soins palliatifs 61
Soins palliatifs – Agrément des maisons 61

Santé publique

Habitudes de vie et maladies chroniques – Dépistage du cancer du sein 63
Prévention des maladies chroniques 63
Jeunes et famille – Animation de jeunes en milieu rural 64
Jeunes et famille – École en santé 65
Maladies infectieuses – Protection – Infections transmissibles sexuellement et par le sang 66
Maladies infectieuses – Immunisation 67
Prévention et contrôle – Infections nosocomiales 68
Santé environnementale 69
Surveillance de l'état de santé 70

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Services généraux
Info-Santé ... 71
Services infirmiers et psychosociaux généraux ... 71
Violence ... 72

PROGRAMMES DE SOUTIEN
Administration et soutien aux services
Équilibre budgétaire ... 73
Formation en lien avec la *Loi sur la protection de la jeunesse* ... 73
Infirmière praticienne spécialisée de première ligne ... 74
Personnel du réseau ... 74
Planification de la main-d'œuvre ... 75
Recrutement de la main-d'œuvre ... 75
Recrutement et rétention des cadres ... 77

Ressources informationnelles
Plan directeur régional en ressources informationnelles ... 78

Gestion des bâtiments et des équipements
Économie d'énergie ... 81
Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière ... 81
Programmes fonctionnels et techniques ... 82

3 **ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR L'AGENCE**

Le respect des règles et des normes édictées par le MSSS ... 85
Le comité de partenariat ... 86
L'économie sociale ... 86

4 **DONNÉES FINANCIÈRES**

Situation financière de l'Agence ... 89
Rapport de la direction ... 89
Rapport du vérificateur général sur les états financiers condensés ... 90
Fonds d'exploitation – État des résultats – Exercice terminé le 31 mars 2008 ... 91
Fonds des activités régionalisées – État des résultats – Exercice terminé le 31 mars 2008 ... 91
Fonds combinés – État des soldes de fonds – Exercice terminé le 31 mars 2008 et le 31 mars 2007 ... 92
Fonds d'exploitation – Bilan au 31 mars 2008 ... 93
Fonds des activités régionalisées – Bilan au 31 mars 2008 ... 93
Fonds des immobilisations – Bilan au 31 mars 2008 ... 94
État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2007-2008 et suivi des comptes à payer non pourvus ... 94
Sommaire des fonds affectés cumulés – Bilan et solde des fonds au 31 mars 2008 ... 95
Fonds affectés – Bilans et état de la provenance et de l'utilisation des principaux fonds au 31 mars 2008 ... 96
Notes aux états financiers – Exercice terminé le 31 mars 2008 ... 98

Situation financière des établissements ... 105
Budget net de fonctionnement ... 105
Autorisation d'emprunt temporaire accordée ... 106

Subventions aux organismes communautaires ... 107

Agence de la santé et des services sociaux de Laval (Direction générale)

5 CODE D'ÉTHIQUE DES ADMINISTRATEURS PUBLICS DE L'AGENCE

Introduction 113
Déclaration de principe 114
Objectif du code d'éthique 114
Personnes concernées par le code d'éthique 115
Devoirs et obligations 115
Règles relatives aux conflits d'intérêts, de rôles et de responsabilités 115
Déclaration d'intérêt 116
Activités politiques 116
Règles relatives aux assemblées 117
Interdiction des pratiques reliées à la rémunération 117
Devoirs et obligations de l'après-mandat 117
Mécanisme d'application et de respect du code 117
Enquête et immunité 118
Publicité du code d'éthique 118
Déclaration des intérêts des administrateurs publics – Code d'éthique 119
Engagement personnel – Code d'éthique 120

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ADT	Admission départ transfert
AGENCE	Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
AGESSS	Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux
AEV	Appareil de lutte vidéo
AMP	Activités médicales particulières
CA	Conseil d'administration
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CAPACS	Centre d'aide et de prévention des agressions
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCRSSS	Comité de coordination réseau santé et services sociaux
CCNU	Comité de coordination national des urgences
CDPE	Comité de développement du personnel d'encadrement
CECII	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
CGGAI	Cadre global de gestion des actifs informationnels
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUSGS	Centre hospitalier universitaire et soins généraux et spécialisés
CIIA	Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
CIR	Commission infirmière régionale
CJ	Centre jeunesse
CJAT	Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue
CLARA	Clinique ambulatoire de radiologie
CLSC	Centre local de services communautaires
CMUR	Commission multidisciplinaire régionale
CPE	Centre de la petite enfance
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRJ	Centre ressources jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue
CRJDA	Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation
CRLM	Centre de réadaptation La Maison
CRPAT	Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes
CRSP	Comité régional des services pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DG	Directrices ou directeurs généraux
DGA	Directrice générale adjointe
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
DSI	Directrices ou directeurs des soins infirmiers
DSP	Directeur de santé publique
DSQ	Dossier de santé du Québec
ETC	Équivalent temps complet
ETP	Équivalent temps plein
FADOQ	Fédération de l'Âge d'Or du Québec
FQCRPAT	Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes
GMF	Groupe de médecine de famille
GTQ	Groupe des Télécommunicateurs du Québec
HLM	Habitation à loyer modique
IAB	Initiatives Amis des bébés
ICI	Interventions comportementales intensives
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPM	Index patient maître
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
JMRA-T	Jeunes en milieu rural de l'Abitibi-Témiscamingue
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MAINC	Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada
MDDEP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs
MPLS	Multi Protocol Label Services
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OSBL	Organisme sans but lucratif
PACS	Picture archiving and communication system
PAG	Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids

PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PCI	Prévention et contrôle des infections
PCFI	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière
PDRRI	Plan directeur régional des ressources informationnelles
PFT	Programme fonctionnel et technique
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PLAASS	Plan local d'amélioration de l'accès aux services spécialisés
PMSD	Programme pour une maternité sans danger
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQJ	Programme de qualification des jeunes
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PTG	Prothèse totale du genou
PTH	Prothèse totale de la hanche
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RISQ	Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec
RLS	Réseaux locaux de services ou réseau local de services
RSQ	Recrutement santé Québec
RTSS	Réseau de télécommunication sociosanitaire
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SARAT	Société de l'autisme de la région de l'Abitibi-Témiscamingue
SARDM	Système automatisé et robotisé de distribution des médicaments
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SIGDU	Systèmes d'information et de gestion des départements d'urgence
SIMASS	Système d'information du mécanisme d'accès aux services spécialisés
S.O.	Sans objet
SOC	Soutien aux organismes communautaires
TABLE DES CHEFS	Table régionale des chefs de département de médecine générale
TAQ	Tribunal administratif du Québec
TCC	Traumatisme craniocérébral
TCR	Technocentre régional
TED	Troubles envahissants du développement
UMF	Unité de médecine familiale
UQAT	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Effectifs de l'Agence au 31 mars 2008	5
Tableau 2	Établissements de santé et de services sociaux au 31 mars 2008	6
Tableau 3	Corridors de services au 31 mars 2008	6
Tableau 4	Effectifs des établissements au 31 mars 2008	6
Tableau 5	Organismes communautaires subventionnés dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) au 31 mars 2008	7
Tableau 6	Membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2008	7
Tableau 7	Membres de la Commission infirmière régionale au 31 mars 2008	8
Tableau 8	Membres de la Commission multidisciplinaire régionale au 31 mars 2008	9
Tableau 9	Membres du Comité de vigilance et de la qualité au 31 mars 2008	9
Tableau 10	Membres du Comité régional d'accès aux services en langue anglaise au 31 mars 2008	10
Tableau 11	Membres du Comité régional sur les services pharmaceutiques au 31 mars 2008	11
Tableau 12	Membres du comité de direction du Département régional de médecine générale au 31 mars 2008	12
Tableau 13	Membres du comité de direction de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée au 31 mars 2008	12
Tableau 14	Plan régional d'effectifs médicaux en spécialité pour l'Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2008	21
Tableau 15	Effectifs médicaux en médecine générale et en médecine spécialisée au 31 mars 2008	22
Tableau 16	Bilan des dossiers de plaintes reçues à l'Agence au 31 mars 2008	25
Tableau 17	Plaintes traitées par les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services au 31 mars 2008	25
Tableau 18	Plaintes traitées par les médecins examinateurs dans les établissements au 31 mars 2008	26
Tableau 19	Fonds d'exploitation – État des résultats – Exercice terminé le 31 mars 2008	91
Tableau 20	Fonds des activités régionalisées – État des résultats – Exercice terminé le 31 mars 2008	91
Tableau 21	Fonds combinés – État des soldes de fonds – Exercice terminé le 31 mars 2008 et le 31 mars 2007	92
Tableau 22	Fonds d'exploitation – Bilan au 31 mars 2008	93
Tableau 23	Fonds des activités régionalisées – Bilan au 31 mars 2008	93
Tableau 24	Fonds des immobilisations – Bilan au 31 mars 2008	94
Tableau 25	État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2007-2008 et suivi des comptes à payer non pourvus	94
Tableau 26	Sommaire des fonds affectés cumulés – Bilan et soldes de fonds au 31 mars 2008	95
Tableau 27	Fonds affectés – Bilans et états de la provenance et de l'utilisation des principaux fonds au 31 mars 2008	96
Tableau 28	Budget net de fonctionnement : Excédent ou déficit au 31 mars 2008	105
Tableau 29	Autorisation d'emprunt temporaire accordée au 31 mars 2008	106
Tableau 30	Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités au 31 mars 2008	107

MOT DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Mme Suzanne Huard
Présidente du conseil d'administration

Mme Lise St-Amour
Présidente-directrice générale

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Agence) a piloté plusieurs chantiers importants en 2007-2008. Parmi ces activités significatives, deux d'entre elles retiennent particulièrement notre attention, puisqu'elles ont mobilisé des représentants dans toutes les sphères du réseau de la santé et des services sociaux et qu'elles ont eu un impact positif sur ce même réseau. Il s'agit des démarches pour la poursuite de la mise en place du projet clinique et organisationnel des établissements et l'élaboration de la planification stratégique 2007-2010 de l'Agence.

Le projet clinique et organisationnel

Les travaux du projet clinique et organisationnel sont toujours en cours et sont menés par les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Ils visent la mise en place d'une organisation intégrée de services par la mobilisation et la contribution intense de toutes les personnes concernées provenant d'établissements du réseau et de différents partenaires du territoire.

Cinq programmes prioritaires ont été identifiés pour la conception initiale du projet clinique et organisationnel. Il s'agit de la perte d'autonomie liée au vieillissement, les jeunes en difficulté, la santé mentale, les maladies chroniques et le cancer.

La contribution de l'Agence a été d'accompagner les réseaux locaux de services selon leur propre modèle d'organisation et de prestation de soins et services. D'ailleurs, pour chacun, nous avons fourni un portrait de santé de leur territoire, nous avons organisé des formations et leur avons apporté du soutien sur le plan des ressources humaines.

Pour mener à bien le processus du projet clinique, tous les CSSS doivent miser sur deux principes fondamentaux, soit la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. Les CSSS se sont donc entendus avec les partenaires locaux et régionaux sur des mesures pour améliorer la complémentarité des services. Ils ont également conclu des ententes de services et établi des corridors de services bidirectionnels.

Les travaux de programmation, de coordination et de planification du projet clinique et organisationnel exigent des CSSS le développement d'un leadership, un changement de mentalité et de pratique pour améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services. Une première évaluation conclut que de nombreux travaux sur le terrain ont été réalisés tout au long de la démarche, que le processus a induit une transformation de culture et que les instances locales ont pris très au sérieux cette nouvelle responsabilité qui, bien sûr, vise à améliorer la santé et le bien-être de leur population. Il nous faut, par conséquent, continuer à appuyer cette transformation par des actions concrètes. Chacun doit apporter sa contribution spécifique pour rendre réels les concepts de réseau local de services et de responsabilité populationnelle partagée avec les partenaires. L'accessibilité, la continuité des services et la qualité doivent être l'affaire de tous les acteurs du réseau local de services.

La planification stratégique 2007-2010

Le processus de la planification stratégique a bénéficié de la contribution d'un comité formé d'employés de l'Agence, de son conseil d'administration, d'organismes communautaires et des directions d'établissements. Cette démarche a donné lieu à un document qui situe la mission, la vision et les valeurs qui soutiennent l'engagement du réseau de la santé et des services sociaux à améliorer la santé et le bien-être de la population de l'Abitibi-Témiscamingue. Sont également présentés dans ce document, les principaux objectifs que vise tout le réseau de la santé et des services sociaux pour les prochaines années. Une invitation est lancée à l'ensemble des intervenantes et intervenants du réseau à se mobiliser autour de cette planification, à partager la vision et à livrer les résultats attendus.

La planification stratégique vient renforcer le sens que nous donnons tous à notre travail. Trois enjeux, six orientations et une centaine d'objectifs constituent le cœur de la planification stratégique. Un premier enjeu souligne la place importante que doit continuer à prendre la prévention-promotion dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le deuxième enjeu porte sur la consolidation du réseau de base et spécialisé caractérisé par un accès rapide et des interventions adaptées aux besoins de la population, notamment les autochtones. Le troisième et dernier enjeu propose des objectifs quant aux défis face aux changements en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Le comité de direction de l'Agence a effectué une tournée d'information auprès des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux dans chacun des territoires de réseaux locaux de services. Les rétroactions ont été très positives. En fait, ce rapprochement avec les partenaires a permis de communiquer les objectifs visés et de s'assurer de l'adhésion de la population de la région.

En terminant, à titre de présidente du conseil d'administration et de présidente-directrice générale, nous désirons remercier le personnel de l'Agence et du réseau pour leurs actions constantes en faveur des usagers. Il nous fait plaisir de partager, avec le personnel et la population, ce bilan sur les réalisations accomplies en santé publique ainsi qu'au niveau de l'organisation des services de santé et des services sociaux de notre région. Nous espérons que les données présentées susciteront votre intérêt.

Bonne lecture!

La présidente-directrice générale,

Lise St-Amour

La présidente du conseil d'administration,

Suzanne Huard

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

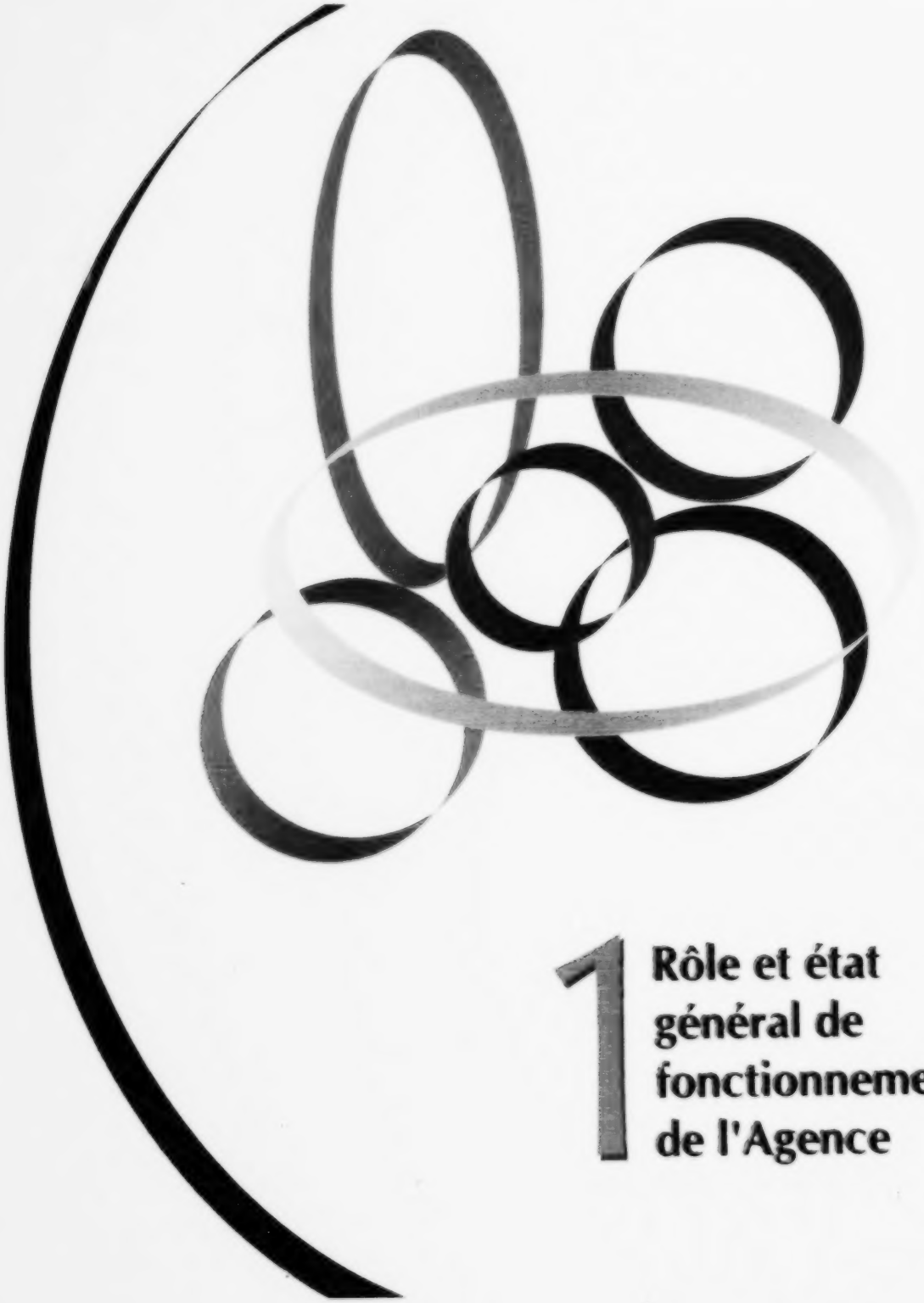
Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2007-2008 de l'Agence de la santé et des services sociaux :

- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2007-2008.

Lise St-Amour
Présidente-directrice générale

Agence de la santé et des services sociaux de Laval



1 Rôle et état général de fonctionnement de l'Agence

1 RÔLE ET ÉTAT GÉNÉRAL DE FONCTIONNEMENT DE L'AGENCE

LA MISSION, LE TERRITOIRE, LA POPULATION

La mission

Le gouvernement a institué, dans chaque région qu'il a délimitée, une agence de la santé et des services sociaux (art. 339 de la LSSSS, L.R.Q. c. S-4.2).

L'agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Le territoire

La région de l'Abitibi-Témiscamingue est limitée à l'ouest par la frontière du Québec et de l'Ontario, au nord, par le 49e parallèle et, du sud à l'est, par les municipalités régionales de comté (MRC) de Pontiac, de la Vallée-de-la-Gatineau et du Haut-Saint-Maurice. C'est l'une des plus vastes régions du Québec avec quelque 65 000 km² de superficie; les distances y sont donc importantes. Ainsi, il faut compter près de 400 kilomètres de route entre Senneterre, au nord-est, et Témiscaming, au sud-ouest.

Au total, 65 municipalités se partagent le territoire, sans compter onze territoires non organisés. À ces derniers s'ajoute la population algonquine qui se répartit entre les quatre réserves indiennes de Kebaowek, Timiskaming, Pikogan et Lac-Simon ainsi que les trois établissements indiens de Hunter's Point, Winneway et Kitcisakik.

La population

Les dernières estimations de Statistique Canada dénombrent 145 192 personnes en Abitibi-Témiscamingue[1]. La région se divise en six territoires de réseaux locaux de services (RLS) qui correspondent aux six territoires de centre de santé et de services sociaux (CSSS). Les plus peuplés sont ceux du CSSS de la Vallée-de-l'Or et de Rouyn-Noranda qui regroupent respectivement 29,8 % et 27,2 % de la population régionale. Les CSSS Les Eskers de l'Abitibi et des Aurores-Boréales rassemblent, pour leur part, 16,8 % et 14,5 % des Témiscabitibiens. Quant aux territoires les moins populeux, ceux des CSSS du Lac-Témiscamingue et de Témiscaming-et-de-Kipawa, ils comptent 9,2 % et 2,5 % des habitants de la région. La population totale de l'Abitibi-Témiscamingue représente 1,9 % de celle du Québec.

Il est à noter que la population témiscabitibienne est un peu plus jeune et compte un peu moins de femmes que dans la population québécoise.

[1] Source : Statistique Canada, estimations pour 2007.

LE PLAN D'ORGANISATION, L'ORGANIGRAMME ET LES EFFECTIFS DE L'AGENCE

Le plan d'organisation

Le plan d'organisation de l'Agence est conçu de façon à assurer la coordination de ses différentes composantes, et ce, afin de réaliser les mandats qui lui sont conférés par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2)*. Outre sa mission spécifique de mettre en place sur son territoire une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, l'Agence assume des fonctions reliées :

- à la population et aux usagers;
- à l'allocation des ressources financières;
- à l'organisation des services;
- à la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles;
- à la santé publique;
- aux priorités de santé et de bien-être.

L'organisation comprend :

- un conseil d'administration composé de membres issus de la région et assurant la gestion des orientations de l'organisation et l'imputabilité auprès du ministre;
- quatre instances régionales consultatives au conseil d'administration et trois instances régionales consultatives à la présidente-directrice générale, assurant l'expertise utile à une réponse adaptée aux multiples besoins de la population de la région;
- un bureau de la présidente-directrice générale;
- un Service des communications et des relations avec la population;
- six directions :
  Direction générale adjointe;
  Direction de santé publique et des affaires médicales;
  Direction régionale des services de santé;
  Direction des ressources financières et matérielles;
  Direction des ressources informationnelles;
  Direction du personnel réseau et de l'Agence.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

L'organigramme

Les effectifs de l'Agence

Le tableau ci-dessous regroupe l'ensemble des ressources humaines qui œuvraient pour l'Agence au 31 mars 2008.

Tableau 1
Effectifs de l'Agence au 31 mars 2008

PERSONNEL	2007-2008	2006-2007	Variation
LES CADRES			
• Temps complet (excluant les cadres en stabilité d'emploi)	17	15	2
• Temps partiel	0	0	0
Nombre de personnes - équivalents à temps complet (excluant les cadres en stabilité d'emploi)	0	0	0
• Nombre de cadres en stabilité d'emploi	1	1	0
LES EMPLOYÉS RÉGULIERS			
• Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	76	68	8
• Temps partiel	4	4	0
Nombre d'employés équivalent à temps complet (excluant les employés en sécurité d'emploi)	2	2	0
• Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0	0
LES OCCASIONNELS			
• Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	6 908	23 295	(16 387)
• Équivalent à temps complet	4	13	(9)

Note : Les 13 médecins et dentistes rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) sont exclus des données ci-dessus mentionnées.

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

LE RÉSEAU D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

La région de l'Abitibi-Témiscamingue compte dix établissements publics de santé et de services sociaux, chacun ayant son conseil d'administration spécifique.

Tableau 2
Établissements de santé et de services sociaux au 31 mars 2008

Établissements	Missions exploitées				
	CH	CLSC	CHSLD	CJ	CR
CSSS de la Vallée-de-l'Or	✓	✓	✓		
CSSS de Rouyn-Noranda	✓	✓	✓		
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	✓	✓	✓		
CSSS des Aurores-Boréales	✓	✓	✓		
CSSS du Lac-Témiscamingue	✓	✓	✓		
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	✓	✓	✓		
Établissements régionaux					
Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue				✓	✓
Centre Normand					✓
CRDI Clair Foyer					✓
CR La Maison					✓

Tableau 3
Corridors de services au 31 mars 2008

Établissements	Fonctions hospitalières régionales
CSSS de la Vallée-de-l'Or	Néphrologie-dialyse, médecine nucléaire, cytopathologie, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, hématologie, réadaptation active en psychiatrie, pédopsychiatrie, psychiatrie légale
CSSS de Rouyn-Noranda	Périnatalogie, cancérologie pédiatrique, pédiatrie (soins intensifs), ophtalmologie, urologie, oto-rhino-laryngologie, neurologie
CSSS des Aurores-Boréales	Dermatologie, physiatrie, rhumatologie
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	Orthopédie, chirurgie buccale et maxillo-faciale, chirurgie plastique, chirurgie thoracique et vasculaire périphérique, traumatologie secondaire

Tableau 4
Effectifs des établissements au 31 mars 2008

Personnel	2007-2008	2006-2007	Variation
Personnel cadre			
Temps complet (excluant les personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi)	254	256	(2)
Temps partiel (excluant les personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi) :			
• Nombre de personnes	26	29	(3)
• Équivalent temps complet	13	15	(2)
Personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi	7	9	(2)
Personnel régulier			
Temps complet (excluant les personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi)	2 248	2 187	61
Temps partiel (excluant les personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi)			
• Nombre de personnes	1 387	1 375	12
• Équivalent à temps complet	876	877	(1)
Personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi	3	8	(5)
Personnel non-détenteur de poste			
• Nombre d'heures rémunérées	2 311 306	2 266 422	44 883
• Équivalent à temps complet	1 261	1 238	23

Source : Données opérationnelles selon le rapport financier annuel AS-471 au 31 mars 2008 (page 234).

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Tableau 5
Organismes communautaires subventionnés dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) au 31 mars 2008

	Nombre d'organismes	PSOC ($)	Nombre d'organismes	PSOC ($)
	2007-2008		2006-2007	
Alcoolisme et autres toxicomanies	7	634 259	7	561 969
Assistance et accompagnement	0	0	0	0
Autres ressources jeunesse	5	200 490	5	197 585
Agressions à caractère sexuel	4	620 051	4	506 520
Centres d'action bénévole	4	275 795	4	271 800
Centres de femmes	3	471 834	1	419 016
Communautés culturelles	0	0	0	0
Concertation régionale	1	76 014	1	55 204
Familles	0	0	0	0
Hommes en difficulté	2	178 718	2	170 216
Maintien à domicile	24	256 499	24	247 858
Maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence	4	2 255 995	4	1 997 494
Maisons de jeunes	9	548 841	9	540 891
Mesures de rechange	1	498 649	1	491 426
Multiclientèles	2	97 060	2	95 654
Personnes démunies	5	153 884	5	151 655
Personnes handicapées	22	729 335	22	677 505
Santé mentale	23	2 000 349	23	2 005 167
Santé physique	10	134 804	9	127 923
Sida	1	52 442	1	51 682
TOTAL	127	9 185 019	126	8 571 564

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Sa composition

Du 1er avril 2007 au 31 mars 2008, le conseil d'administration de l'Agence a tenu six assemblées ordinaires.

Tableau 6
Membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2008

Représentativité	Membres
Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	Dr Pierre-Charles Gosselin
Département régional de médecine générale	Dr Simon Plourde
Commission infirmière régionale	Poste vacant
Commission multidisciplinaire régionale	M. Donald Renault
Milieu communautaire	Mme Jovette Saucier
Milieu de l'enseignement	Mme Lyne Fecteau
Comité des usagers	Mme Madeleine Paquin
Milieu syndical	Mme Jocelyne Wheelhouse
Socio-économique	Mme Suzanne Huard
Socio-économique	M. Serge Larche
Établissements : CSSS	Poste vacant
Établissements : Vocation régionale	Poste vacant
Membre coopté	M. Léonard Robitaille
Membre coopté	Mme Mary-Jane Brazeau
Membre coopté	Mme Nicole Rochon
Membre d'office – Présidente-directrice générale	Mme Lise St-Amour

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

LES INSTANCES CONSULTATIVES

La Commission infirmière régionale (CIR)

La Commission infirmière régionale a tenu cinq rencontres au cours de l'année 2007-2008. La CIR a poursuivi ses réflexions concernant la préparation d'un avis sur la prise en charge et l'accès aux soins par des pratiques novatrices émergentes. Cet avis sera déposé au conseil d'administration de l'Agence en novembre 2008.

Une attention particulière a été portée à la *Loi modifiant le code des professions* afin que les membres de la CIR développent une compréhension commune des changements prévus à cette loi et qu'ils partagent l'information au sein de leur milieu.

Plusieurs membres de la CIR ont quitté leur siège et leur remplacement a exigé des efforts soutenus de recrutement. Le fardeau de la tâche dans les CSSS expliquerait cette difficulté. La représentation des différents milieux au sein de la CIR et la participation assidue des membres aux rencontres demeurent problématiques.

Comme par les années antérieures, les travaux de la CIR sont diffusés dans *L'AXONE*, le bulletin régional d'information destiné aux infirmières et infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue.

Tableau 7
Membres de la Commission infirmière régionale au 31 mars 2008

REPRÉSENTATIVITÉ	MEMBRES
Présidente	Mme Diane Trottier, CSSS Les Eskers de l'Abitibi
Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires	M. Luc St-Jean, CSSS de Rouyn-Noranda Mme Marie-Claude Manon, CSSS de Rouyn-Noranda
Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers	Mme Marie Hardy, CSSS de la Vallée-de-l'Or Mme Annie Perron, CSSS Les Eskers de l'Abitibi 1 poste vacant
Gestionnaire soins infirmiers	Mme Loriane Leblond, CSSS de Rouyn-Noranda 1 poste vacant
Établissement milieu autochtone	Mme Isabelle Galarneau, Centre de santé de Pikogan
Ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue	Mme Marie Kureluk
Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue	Mme Claire Maisonneuve
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue	Mme Manon Lacroix
Agence	Mme Pauline Clermont

La Commission multidisciplinaire régionale (CMUR)

La CMUR a le mandat de produire des avis au conseil d'administration de l'Agence. Entre avril 2007 et mars 2008, la CMUR a tenu cinq rencontres. Cette année, un avis a été produit concernant l'implantation des projets cliniques et organisationnels dans la région.

Pour réaliser cet avis, la CMUR a échangé, à l'automne 2007, avec les comités exécutifs des conseils multidisciplinaires locaux des six CSSS et des quatre établissements régionaux. L'avis de la CMUR concernant l'implantation des projets cliniques et organisationnels sera présenté au conseil d'administration de l'Agence le 7 mai 2008.

Tableau 8
Membres de la Commission multidisciplinaire régionale au 31 mars 2008

Représentativité	Membres
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue – Social	Mme Denise Côté
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue – Santé	M. Jacques Bernier
CSSS de Rouyn-Noranda	Mme Guylaine Dallaire
Centre de santé de l'Abitibi-Témiscamingue	Mme Diane Gaudet
CSSS des Aigles-Boréales	M. Donald Renault
CRDI Clair Foyer	Mme Sylvette Gilbert
CRDI Clair Foyer	Mme Annie Letebvre
Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue	Mme Mireille Hubert
Agence	M. Noël Neveu

Le Comité de vigilance et de la qualité

Le Comité de vigilance et de la qualité assure le suivi requis par le traitement des plaintes ainsi que celui exigé quant aux recommandations formulées par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services. Il s'agit d'une instance consultative au conseil d'administration, qui exerce des fonctions visant à établir les liens entre les rapports du commissaire régional et les activités de l'Agence, pour que soient assurés des services de qualité à la population. Son mandat est essentiellement centré sur l'analyse et le suivi des services qui ont fait l'objet de recommandations après le traitement des plaintes, sur des activités visant à mesurer la satisfaction des usagers, sur des visites d'appréciation du MSSS et sur la mise en place de mécanismes visant la consolidation des services offerts à la population. Le Comité de vigilance et de la qualité assure le lien avec le conseil d'administration de l'Agence quant aux obligations prévues par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) au regard du régime des plaintes et des droits des usagers.

Tableau 9
Membres du Comité de vigilance et de la qualité au 31 mars 2008

Représentativité	Membres
Membre du conseil d'administration de l'Agence, comité des usagers des établissements	Mme Madeleine Paquin
Membre du conseil d'administration de l'Agence, commission multidisciplinaire régionale	M. Donald Renault
Membre du conseil d'administration de l'Agence, organismes de milieu communautaire	Mme Jovette Saucier
Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services	M. Alain Couture
Présidente-directrice générale de l'Agence	Mme Lise St-Amour

Le Comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à trois reprises en 2007-2008. Les principaux sujets traités ont porté sur les activités et les responsabilités du commissaire régional, le mandat et les fonctions du comité, la situation au regard du suivi exigé par le processus de certification des résidences privées pour personnes âgées, les résultats d'un sondage sur la satisfaction des usagers envers les services offerts par les CSSS. De plus, le comité a amorcé des travaux visant à se doter de mécanismes de suivi efficaces pour les recommandations formulées par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Le Comité régional d'accès aux services en langue anglaise

Le Comité régional d'accès aux services en langue anglaise s'est rencontré à six occasions, dont une fois en collaboration avec un représentant de l'Office québécois de la langue française. Cette rencontre s'est tenue conjointement avec les répondants en langue anglaise des établissements de la région afin de permettre à chacun de connaître les règles à appliquer en termes de communication en langue anglaise.

Tableau 10
Membres du Comité régional d'accès aux services en langue anglaise au 31 mars 2008

Représentativité	Membres
Association Neighbours	Mme Elsie Sullivan Mme Sharleen Sullivan
Noranda School	Mme Linda Marion
Golden Valley School	Mme Jane Lavery
Bénévole Établissement de santé	Mme Lucia Johnson
Centre Éducation des adultes L'Envol	Mme Michelle Goulet
Anishnabe Long Term Centre	Mme Norma Heath
Membre du Conseil de bande de la communauté algonquine	Mme Donna McBride
Conférence régionale des élus de l'Abitibi-Témiscamingue	Mme Johanne Lacasse
Conseil d'administration de l'Agence	Mme Nicole Rochon

En 2007-2008, l'Agence a poursuivi la mise en œuvre des objectifs fixés dans son programme d'accessibilité en langue anglaise 2007-2010. Rappelons qu'il s'agit d'aider les établissements à développer leur capacité à accueillir et offrir les soins et services en langue anglaise pour la clientèle d'expression anglaise. De façon plus précise, on vise l'augmentation du nombre de personnes capables de communiquer et d'offrir des services en langue anglaise dans le réseau, l'augmentation du nombre de documents d'informations relatives au domaine de la santé publique et des services sociaux produits en langue anglaise par les établissements du réseau et l'amélioration de la diffusion en langue anglaise des communiqués produits par l'Agence, relatifs au domaine de la santé publique auprès des communautés d'expression anglaise.

Dans le cadre d'un projet initié et financé par le Réseau communautaire de santé et de services sociaux, l'Agence a produit et diffusé un Guide des services de santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue, rédigé en langue anglaise pour la population d'expression anglaise de la région.

En ce qui a trait à la formation en langue anglaise pour le personnel du réseau, l'Agence a poursuivi la coordination et le soutien à la mise en œuvre et au déroulement des programmes de formation en langue anglaise pour le personnel des établissements dans le cadre du programme financé par le RUIS McGill. Au total, 94 personnes provenant des CSSS de la Vallée-de-l'Or, des Eskers de l'Abitibi et de Rouyn-Noranda ont participé à ce programme au cours de l'année.

L'Agence a également traduit et diffusé 25 communiqués de presse en langue anglaise auprès des communautés anglophones et a assuré la traduction en langue anglaise de 50 formulaires, protocoles et autres documents d'information à jour, produits par les établissements du réseau pour leur clientèle.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Le Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Le comité régional sur les services pharmaceutiques a tenu quatre rencontres au cours de l'année 2007-2008.

Les dossiers actuellement en cours sont le plan de réalisation de la phase 1 du projet d'automatisation et de robotisation des médicaments (SARDM) en établissement de santé, le transfert du profil pharmacologique lors d'une hospitalisation et du congé, la pandémie et le renouvellement des ordonnances échues.

Le CRSP s'est penché de façon plus spécifique sur les ordonnances collectives. Il veut s'assurer que la rédaction et l'application des ordonnances collectives respectent tous les aspects légaux et normatifs en lien avec la pratique pharmaceutique. La participation et l'implication des pharmaciens de la région dans ce dossier sont souhaitées.

La pénurie de pharmaciens, l'élaboration d'un plan de relève en pharmacie et le rehaussement de la formation des assistantes techniques en pharmacie ont aussi été traités au cours de la dernière année.

Le CRSP souhaite intensifier la communication avec les pharmaciens de la région et poursuivre le travail de collaboration avec les infirmières et les médecins afin d'offrir des soins pharmaceutiques de qualité à la population de l'Abitibi-Témiscamingue.

Tableau 11
Membres du Comité régional sur les services pharmaceutiques au 31 mars 2008

Représentativité	Membres
Pharmaciens œuvrant dans un centre exploité par un établissement de santé	M. Patrick Grenier
Chefs de département clinique de pharmacie	Mme Suzie Alain
Pharmaciens œuvrant en pharmacie communautaire	M. Jean-Philippe Tanguay
Pharmaciens propriétaires	Mme Marie-Josée Girard, présidente
Présidente-directrice générale de l'Agence	Mme Lise St-Amour

Le Département régional de médecine générale (DRMG)

Pour l'exercice 2007-2008, le comité de direction du DRMG s'est rencontré à sept reprises et les sujets traités lors des rencontres régulières sont en respect avec le mandat et les responsabilités du DRMG, soit l'implication des médecins omnipraticiens dans l'organisation des services médicaux généraux et l'organisation, la planification et l'offre de services médicaux à la population dans les territoires des CSSS.

Les principaux éléments qui se dégagent des rencontres réalisées ont permis de répondre au mandat du DRMG sur les sujets suivants :

- le suivi requis par le Plan régional d'effectifs médicaux 2007-2008 en médecine générale ainsi que l'identification des besoins et les objectifs de croissance signifiés par le MSSS;
- le soutien à la mise en place des réseaux d'accessibilité aux services médicaux dans les CSSS dont les groupes de médecine de famille (GMF). Le DRMG a, entre autres, recommandé l'accréditation du GMF Rouyn-Noranda auprès du MSSS. Ce GMF a entrepris ses activités de démarrage en septembre 2007. D'autre part, des démarches sont en cours par des médecins du territoire du CSSS du Lac-Témiscamingue pour formuler une offre de service en vue d'obtenir l'accréditation d'un GMF;
- l'implication des médecins dans l'élaboration des projets cliniques au sein des CSSS;
- le suivi relatif à l'entente particulière sur l'adhésion aux activités médicales particulières (AMP) dont l'inscription des omnipraticiens aux secteurs d'activités prioritaires déterminées par le DRMG;
- la gestion de l'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux en vigueur pour 2008 et la répartition des effectifs au sein des six territoires de CSSS de la région;
- le suivi relatif à l'implantation du Dossier de santé du Québec (DSQ).

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Par ailleurs, le DRMG participe et contribue à l'avancement des travaux suivants :

- l'organisation territoriale des services médicaux généraux; .
- la révision du mode de répartition des primes de maintien et d'installation des médecins;
- l'implantation des équipes de lutte aux maladies chroniques;
- la participation à des comités consultatifs avec l'Agence sur l'informatisation des GMF et des cliniques médicales.

Finalement, le comité de direction du DRMG assure la diffusion de l'outil d'information *INFO-DRMG* à tous les médecins omnipraticiens de la région.

Tableau 12
Membres du comité de direction du Département régional de médecine générale au 31 mars 2008

REPRÉSENTATIVITÉ	MEMBRES
CSSS DE ROUYN-NORANDA	Dre Yolaine Fournier
ÉTABLISSEMENTS À VOCATION RÉGIONALE	Dr Jean-Guy Ricard
CABINET PRIVÉ	Dr Simon Plourde, chef du département
CSSS DES AURORES-BORÉALES	Dr François Desbiens
CSSS LES ESKERS DE L'ABITIBI	Dr Frédéric Turgeon
CSSS DU LAC-TÉMISCAMINGUE	Dr Paul-Émile Barbeau
CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR	Dre Nancy McGee
CSSS DE TÉMISCAMINGUE-KIPAWA	Dr Gordon Brock
REPRÉSENTANTE DES DSP DES CSSS	Dre Annie Léger
AGENCE	Mme Lise St-Amour, présidente-directrice générale

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (Table des chefs)

Au cours de l'exercice, le comité de direction de la Table des chefs de département de médecine spécialisée a tenu trois rencontres régulières et une conférence téléphonique.

Un chantier sur la révision de l'organisation des fonctions hospitalières régionales s'est amorcé en janvier 2008. Dans un souci d'efficacité, les membres ont formé un sous-comité pour l'élaboration d'un premier plan de travail identifiant d'abord des balises communes touchant toutes les spécialités. Les travaux devraient mener à l'élaboration d'un protocole d'entente entre les CSSS concernés, destiné à lier les médecins spécialistes et visant à assurer une desserte régionale en respectant les règles qui seront établies par la Table des chefs, les établissements et l'Agence.

Tableau 13
Membres du comité de direction de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée au 31 mars 2008

REPRÉSENTATIVITÉ	MEMBRES
CSSS LES ESKERS DE L'ABITIBI	Dr Édith Beauregard, domaine clinique de la chirurgie, vice-présidente Dre Liette Boyer, domaine clinique de la médecine Dr Daniel Martin, domaine clinique de l'anesthésiologie
CSSS DE ROUYN-NORANDA	Dr Louise Perreault, domaine clinique de la pédiatrie Dre Renée Lamontagne, domaine clinique de la psychiatrie, secrétaire Dr Hugo Delorme, domaine clinique de la médecine
CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR	Dr Pierre-Charles Gosselin, domaine clinique de l'obstétrique-gynécologie, président Dr Ismaël Kaloul, domaine clinique de la chirurgie Dr Tai-Hung Do, domaine clinique de l'imagerie médicale
AGENCE	Mme Lise St-Amour, présidente-directrice générale

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

2 Activités de l'Agence

2 ACTIVITÉS DE L'AGENCE

LES GRANDS DÉFIS DE L'ANNÉE

Fonctions hospitalières régionales

L'Abitibi-Témiscamingue n'a pas d'hôpital régional. Depuis 1995, la région a plutôt décidé de répartir les spécialités médicales de niveau régional entre quatre établissements situés à La Sarre, Amos, Val-d'Or et Rouyn-Noranda. Le plan d'organisation d'alors fixait la répartition des responsabilités, mais n'établissait pas de règles de fonctionnement, ce qui est devenu une nécessité pressante au fil des années, car pour diverses raisons, les spécialités régionales ont *éclaté* : plusieurs des spécialistes se sont installés dans d'autres hôpitaux que ceux qui avaient été déterminés au plan initial.

En 2007-2008, l'Agence a pu enfin entreprendre ce travail avec la mise en place de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée. Le tout premier mandat de la Table a été de proposer aux établissements responsables de ces fonctions hospitalières régionales deux modèles de fonctionnement : le premier fournit un outil pour élaborer un projet clinique et organisationnel dans la spécialité dont ils sont responsables; le second propose un protocole d'entente entre les établissements responsables et les autres qui offrent le même type de services. Le but de cet exercice est d'assurer à la population de la région le meilleur accès et la plus grande continuité de service dans ces spécialités.

Cette proposition a été approuvée par la Table des chefs. Le fonctionnement de quatre spécialités régionales sera ainsi précisé d'ici l'automne 2008. Il s'agit de l'urologie (Rouyn-Noranda), de la pneumologie (Val-d'Or), de l'orthopédie (Amos) et de la rhumatologie (La Sarre).

L'offre de service pour les jeunes en difficultés et la nouvelle *Loi sur la protection de la jeunesse*

Dans le but de développer une vision globale de l'ensemble des services à la jeunesse dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, des travaux ont débuté en 2006-2007 dans les programmes santé mentale, dépendances et jeunes en difficulté. L'analyse des besoins régionaux et locaux a permis de dégager des priorités pour l'ensemble des CSSS de la région et d'octroyer des budgets afin d'en permettre l'intégration.

Ces travaux sont en continuité avec les orientations ministérielles de l'offre de service auprès des jeunes en difficulté pour 2007-2012 qui visent, notamment à augmenter l'intensité et l'accessibilité aux services de première ligne afin de diminuer le recours aux services de deuxième ligne. Dans ce contexte, l'Agence a également participé au déploiement de la formation concernant la nouvelle *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ) en Abitibi-Témiscamingue. Les principaux amendements à cette loi prévoient des changements importants dans la vie des jeunes et de leur famille. Par conséquent, ces modifications créent des impacts et des défis majeurs à relever pour les professionnels des CSSS et du Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CJAT). Les situations de crises familiales et de négligence sont des exemples de situations nécessitant le développement de nouvelles pratiques.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Des interventions préventives en amont demeurent une priorité comme le mentionne le Plan stratégique ministériel 2005-2010 du MSSS : « Intervenir de façon précoce, intensive et en continuité, le plus près possible des milieux de vie, afin de prévenir l'aggravation et la récurrence des problèmes d'adaptation sociale des jeunes et des familles ».

L'Agence prévoit donc poursuivre ses travaux en soutien aux établissements dans le but de mettre en place différents services de première ligne en plus d'assurer une plus grande fluidité dans la trajectoire de services entre le CJAT et les CSSS.

Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)

De nouvelles avenues pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement ont été identifiées en 2007-2008 et constitueront des axes de développement cruciaux dans le cadre du plan d'action pour faire face au vieillissement. Trois secteurs particuliers ont été l'objet de réflexion à l'échelle régionale et locale et ont donné lieu à des projets qui répondent aux besoins identifiés dans chacun des territoires. Ces nouvelles avenues portent sur le soutien communautaire au logement social, le répit aux aidants naturels et le développement d'alternatives à l'hébergement.

Le cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social propose des avenues de collaboration entre le réseau de l'habitation et le réseau de la santé et des services sociaux qui permettront d'améliorer, au cours des prochaines années, la réponse aux besoins exprimés en matière de soutien communautaire en logement social. Il vise les personnes vulnérables et le maintien dans leur milieu grâce à des services adaptés à leur situation. Des projets dans tous les territoires sont en émergence et devraient prendre forme au cours de la prochaine année. De plus, l'Agence s'est dotée d'une perspective d'investissement sur trois ans pour favoriser un essor tangible dans ce domaine.

Des formes très variées et diversifiées de répit aux aidants naturels ont pu être élaborées à partir d'appel de projets visant le développement de mesures souples et adaptées aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie résidant à domicile qui se devaient d'être différentes de ce que l'on retrouve habituellement.

L'importance de développer de nouvelles formules alternatives à l'hébergement institutionnel demeure d'actualité. Le plan d'investissement prévu à cet effet se poursuit. Ainsi, un autre territoire sera en mesure de développer l'une de ces formules au cours de l'année à partir des derniers investissements.

Prévention et lutte aux maladies chroniques

Poursuivre le soutien auprès des CSSS dans l'implantation du modèle régional de lutte aux maladies chroniques; tel est le défi pour l'équipe de l'Agence depuis 2005 et pour les prochaines années. Le changement de pratiques sur le plan professionnel, l'organisation optimale de soins et de services pour les personnes atteintes présentant une complexité de besoins, le développement de liens et d'arrimage avec les médecins dont ceux en GMF, l'intégration des activités de prévention pour l'ensemble de la population et pour celle présentant des facteurs de risques sont autant de volets qui démontrent l'ampleur du changement déjà amorcé par les CSSS et les équipes médicales.

En cours d'année, des rencontres de réseautage ont permis à 75 personnes issues des équipes locales des CSSS de partager leurs bons coups, d'identifier des barrières et des éléments facilitateurs et des pistes de solutions possibles. Également, la tenue d'une journée d'échanges avec des représentants du CSSS des Sommets et ceux des six CSSS de la région avait pour but de démontrer une application concrète d'un modèle d'organisation de soins pour les cas complexes.

Quant au développement de liens avec les partenaires, une formation sur le marketing social visait à habiliter les acteurs locaux à adapter leur message afin de mobiliser la communauté à agir pour créer des environnements favorables à l'acquisition de saines habitudes de vie pour la population.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Pour l'année 2008, afin de faciliter l'implantation du modèle régional, l'Agence a développé un devis d'évaluation qui permettra d'en apprécier la pertinence, de quantifier et de qualifier l'utilisation des services et d'orienter l'action. Pour ce faire, des acteurs de chaque CSSS collaboreront avec l'équipe régionale et des résultats devraient être disponibles dès le printemps 2009.

De plus, le soutien de l'Agence se traduira par le développement d'un programme d'autosoin pour les personnes atteintes d'une maladie chronique. Bref, la tâche à accomplir est énorme, autant sur le plan local que régional, et la contribution de tous est essentielle.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

LES AFFAIRES MÉDICALES

Groupe de médecine de famille

Attente administrative

Objectif de résultats

Implanter des groupes de médecine de famille au sein de deux territoires de CSSS.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de nouveaux groupes de médecine de famille	1	2	1

Commentaires

La cible fixée pour 2007-2008 est en partie atteinte puisque le GMF Rouyn-Noranda a reçu son accréditation du MSSS le 1er juillet 2007. Les premières inscriptions de la clientèle ont débuté en octobre 2007.

Il est important de mentionner que de nombreuses activités ont eu lieu à Rouyn-Noranda afin d'élaborer l'offre de services du GMF Rouyn-Noranda. Entre autres, les rencontres réalisées avec les médecins de ce territoire ont permis de conclure une entente de services avec le CSSS de Rouyn-Noranda, un projet de convention avec l'Agence et le MSSS ainsi qu'un contrat d'association entre les médecins des six cliniques médicales et le CSSS de Rouyn-Noranda. Avec l'accréditation du GMF Rouyn-Noranda, l'Abitibi-Témiscamingue compte cinq territoires où des médecins pratiquent selon l'approche préconisée par les GMF.

Le cadre de gestion des GMF prévoit qu'après trois ans, un GMF doit renouveler son accréditation. Le GMF du Centre de Santé de Témiscaming et le GMF des Aurores boréales ont franchi cette étape. Le bilan des trois dernières années a permis à l'Agence de constater que les services de ces GMF répondaient aux objectifs initiaux du projet, c'est-à-dire assurer l'accès à un médecin de famille, voir à une meilleure prise en charge globale de la clientèle, notamment celle qui est vulnérable, et améliorer la continuité de services en établissant des liens de complémentarité avec les différents partenaires du réseau local.

En lien avec les objectifs régionaux visant à implanter un GMF dans chacun des six territoires de CSSS, l'Agence a rencontré un groupe de médecins de Ville-Marie intéressés par un projet de regroupement. Les démarches se poursuivront au cours de la prochaine année.

Il est intéressant de constater qu'après seulement quatre ans de services GMF en Abitibi-Témiscamingue :

- 89 médecins ont adhéré au concept GMF;
- 41 426 personnes sont inscrites, dont 13 100 personnes inscrites et vulnérables, pour un ratio de 32 % en comparaison à 29 % pour l'ensemble du Québec.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Plans régionaux d'effectifs médicaux en médecine générale et en spécialité

Attente administrative

Objectifs de résultats

Atteindre les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) par le recrutement et le maintien des effectifs médicaux.
Desservir la clientèle de chaque réseau local en améliorant l'accessibilité aux services de 1re, 2e et 3e ligne.
Atteindre au moins 85 % des besoins identifiés dans les deux PREM.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
En médecine générale : Nombre d'ajouts signifiés au PREM	17 médecins	13 médecins	13 médecins
En médecine spécialisée : Nombre de postes autorisés au PREM	158 postes autorisés, mais 119 en place	159 médecins	116 médecins

Commentaires

En médecine générale : La situation des effectifs médicaux en médecine générale s'améliore en Abitibi-Témiscamingue. En effet, le ministre de la Santé et des Services sociaux accordait à la région l'ajout de 13 médecins omnipraticiens pour l'exercice en cours. Le DRMG a émis treize avis de conformité, ce qui représente pour notre région un taux d'atteinte de 100 %. Une telle performance sur le plan du recrutement en omnipratique place ainsi l'Abitibi-Témiscamingue dans une situation favorable comparativement à d'autres régions éloignées dont les taux d'atteinte sont inférieurs à celui de la région. Malgré cette performance, les efforts de recrutement doivent se poursuivre afin de répondre adéquatement aux besoins de la population qui sont estimés à 187 équivalents temps plein (ETP) en médecine générale. Au 31 mars 2008, la région compte 175 omnipraticiens en place. Le nombre de postes ETP n'est pas disponible.

La pénurie d'effectifs médicaux perdure dans le secteur du Témiscamingue puisque les CSSS du Lac-Témiscamingue et de Témiscaming-et-de-Kipawa font régulièrement appel aux mécanismes de dépannage. Cependant, la situation devrait se régler au cours de la prochaine année. La Vallée-de-l'Or dénote aussi une pénurie importante d'effectifs médicaux. La région doit maintenir ses efforts afin d'améliorer la prise en charge des usagers. Les démarches avec les représentants des facultés de médecine en ce qui a trait à la formation médicale afin de développer des unités de médecine familiale (UMF) en région ont porté fruits. L'UMF de Rouyn-Noranda a été accréditée en février dernier. De plus, comme le démontre la récente mise en place de l'UMF Amos-La Sarre, la formation médicale décentralisée favorise le recrutement et le maintien des effectifs médicaux en région puisque cette année encore les résidents ayant effectué leur stage au sein de cette UMF sont tous demeurés en région.

Ce nombre compte des médecins avec un avis de conformité, mais attendus à une date ultérieure. Les trois spécialistes œuvrant en santé communautaire au sein de l'Agence sont comptabilisés au plan d'effectifs médicaux de Rouyn-Noranda.

En médecine spécialisée : La situation des effectifs médicaux en médecine spécialisée est comparable à celle de l'an dernier. Le nombre de spécialistes en place est de 116 médecins au 31 mars 2008. Le Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en spécialité compte 159 postes autorisés, soit un peu plus que l'an dernier. En effet, le MSSS a rehaussé le PREM de psychiatrie adulte d'un poste.

Afin d'assurer l'accessibilité aux services spécialisés, les établissements requièrent les services de médecins itinérants, surtout en anesthésiologie et en radiologie diagnostique.

De plus, à la suite de l'analyse des besoins effectuée dans tous les établissements du territoire, l'Agence a identifié pour chacun des CSSS les disciplines en pénurie. Les curriculum vitae de candidats en spécialité inscrits à Recrutement Santé Québec (RSQ) et ayant reçu un avis favorable de la part du Collège des médecins du Québec ont été acheminés aux CSSS afin que ces derniers saisissent l'opportunité offerte afin d'améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés pour la population de notre territoire. À cet égard, l'Agence les encourage à avoir recours à cet apport précieux que peuvent représenter les médecins étrangers pour contrer la pénurie au cours des prochaines années.

En conclusion
L'exercice 2007-2008 a été plus propice au recrutement. En effet, 23 médecins se sont installés (dix-sept omnipraticiens et six spécialistes). Toutefois, onze médecins (trois omnipraticiens et huit spécialistes) ont quitté au cours de ce même exercice. Ces résultats traduisent un peu mieux les efforts déployés par les établissements et l'Agence tant pour le recrutement que le maintien des effectifs médicaux (organisation d'activités de promotion, de visites exploratoires, recrutement à l'étranger, etc.).

Des démarches se poursuivent afin :

- que soient accordées des mesures incitatives significatives pour permettre d'accroître l'attraction et ainsi inciter les jeunes médecins à s'installer et à pratiquer en Abitibi-Témiscamingue;
- que le RLS Abitibi-Ouest soit reconnu « secteur isolé »;
- que le respect des PREM soit rigoureux, et ce, pour l'ensemble de la province;
- de consolider et de développer les services de première ligne, notamment en intégrant des infirmières praticiennes de première ligne dans les équipes interdisciplinaires pour soutenir les médecins dans la prise en charge et le suivi de malades chroniques.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Tableau 14
Plan régional d'effectifs médicaux en spécialité pour l'Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2008

MÉDECINE SPÉCIALISÉE	*PREM 2007-2008*	*SITUATION AU 31-03-2008*	*BESOINS*
ALLERGIE - IMMUNOLOGIE	1	1	0
ANATOMOPATHOLOGIE	5	4	1
ANESTHÉSIOLOGIE	18	15	3
BIOCHIMIE MÉDICALE	1	0	1
CARDIOLOGIE	3	1	2
CHIRURGIE GÉNÉRALE	13	10	3
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE	6	4	2
CHIRURGIE PLASTIQUE	2	1	1
DERMATOLOGIE	3	2	1
ENDOCRINOLOGIE	1	0	1
GASTRO-ENTÉROLOGIE	3	3	0
GÉRIATRIE	2	0	2
HÉMATOLOGIE/ONCOLOGIE MÉDICALE	2	1	1
MÉDECINE D'URGENCE	2	1	1
MÉDECINE INTERNE	15	9	6
MÉDECINE NUCLÉAIRE	1	0	1
MICROBIOLOGIE ET INFECTIOLOGIE	1	0	1
NÉPHROLOGIE	2	0	2
NEUROLOGIE	4	3	1
OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE	12	11	1
OPHTALMOLOGIE	4	2	2
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	3	3	0
PÉDIATRIE	16	14	2
PÉDOPSYCHIATRIE	1	0	1
PNEUMOLOGIE	3	3	0
PSYCHIATRIE (ADULTE)	16	15	1
PSYCHIATRIE (PÉDO)	3	3	0
RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	8	4	4
RADIO-ONCOLOGIE	0	0	0
RHUMATOLOGIE	2	1	1
SANTÉ COMMUNAUTAIRE	3	3	0
UROLOGIE	3	2	1
TOTAL DES SPÉCIALITÉS	159	116	43

MÉDECINE GÉNÉRALE	*PREM 2007-2008*	*SITUATION AU 31-03-2008*	*BESOINS*
OMNIPRATICIENS (ETP)	187	175	15
NOMBRE DE MÉDECINS AUTORISÉS		175	

Note :

- En spécialité, le nombre des effectifs en anesthésiologie inclut les omnipraticiens spécialisés en anesthésie (4).
- En omnipratique, le nombre des effectifs inclut les omnipraticiens spécialisés en psychiatrie (3).
- Un avis de conformité a été donné au CSSS Les Eskers de l'Abitibi et le médecin omnipraticien est attendu à l'automne 2008.
- Un avis de conformité a été donné au CSSS du Lac-Témiscamingue et le médecin omnipraticien est attendu en novembre 2008.
- Un avis de conformité a été donné au CSSS des Aurores Boréales et le médecin omnipraticien est attendu en août 2008.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Tableau 15
Effectifs médicaux en médecine générale et en médecine spécialisée au 31 mars 2008

RLS	PREM Besoins en ETP omnipraticiens	Omnipraticiens et omni-psychiatres au 31 mars 2008	PREM Besoins en spécialité	Spécialistes et omni-anesthésistes au 31 mars 2008
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	6	35	47	29
CSSS des Aurores-Boréales	18	27	16	9
CSSS de Rouyn-Noranda	47	50	49	14
CSSS de la Vallée-de-l'Or	28	39	53	39
CSSS du Lac-Témiscamingue	33	15	4	2
CSSS de Témiscamingue-et-de-Kipawa	49	4	0	0
AGENCE	6	5	3	3
TOTAL	187	175	172	116

Unité de médecine familiale

Attente administrative

Objectif de résultats

Offrir aux résidents inscrits au programme de médecine de famille leur formation en région.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre d'unités de médecine familiale en Abitibi-Témiscamingue		Mise en place d'une deuxième UMF	1 deuxième UMF en région (à Rouyn-Noranda)

Commentaires

Le Département de médecine familiale de l'Université de Sherbrooke a identifié Rouyn-Noranda comme site potentiel à la mise en place d'une UMF. En janvier 2007, un comité de travail pour l'implantation d'une UMF a été formé. En mars 2007, le comité de travail a tenu une première rencontre avec le Dr Louis Dufresne du MSSS. Le projet, tel que présenté, demandait la possibilité de recevoir, à moyen terme, trois résidents qui amorceraient leur résidence (R-I) et trois autres résidents qui termineraient leur formation (R-II), pour une capacité annuelle de six résidents.

Plusieurs échanges ont eu lieu entre le MSSS, l'Agence, le Département de médecine familiale de l'Université de Sherbrooke, la direction du CSSS de Rouyn-Noranda et les médecins promoteurs du projet. À la fin du mois de février 2008, le projet a été accepté par le MSSS, qui a donné son aval pour débuter la session de juillet 2009.

D'autre part, le projet d'UMF dans la Vallée-de-l'Or a été relancé avec l'Université McGill au début de janvier 2008. Des communications ont été établies entre l'Agence, la direction du CSSS de la Vallée-de-l'Or, le MSSS, la Faculté de médecine de l'Université McGill et les médecins promoteurs du projet.

Toutefois, pour la création d'une nouvelle UMF, dans le contexte actuel des postes vacants dans les UMF récemment implantées en région, le MSSS veut s'assurer que l'Université McGill ait besoin de nouveaux lieux de stages pour ses futurs résidents. Il est donc primordial pour le Département de médecine familiale de l'Université McGill de démontrer la nécessité de développer des places en UMF. En conséquence, si les conditions demandées par le MSSS et les représentants de l'Université McGill, dont celle d'obtenir la certitude que l'enseignement sera bien pris en charge, avec le nombre actuel de médecins au CSSS de la Vallée-de-l'Or, l'UMF de Val-d'Or pourrait voir le jour en 2009.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Réseau universitaire intégré de santé McGill

Depuis son intégration au réseau universitaire intégré de santé (RUIS) McGill en 2003, les défis de l'Abitibi-Témiscamingue ont été importants. En effet, depuis de nombreuses années, les échanges de services médicaux entre les établissements de la région et les centres universitaires s'effectuaient principalement avec les hôpitaux affiliés à l'Université de Montréal.

Malgré certains obstacles, mais consciente de la nécessité de répartir la responsabilité des services ultra spécialisés entre les quatre milieux universitaires du Québec, la région a accepté de relever ces défis. Cette volonté, combinée avec celle des autorités du RUIS McGill, a permis de nouveaux progrès en 2007-2008.

Les services d'hémato-oncologie ont été consolidés à Rouyn-Noranda, le RUIS a soutenu la région dans ses difficultés de couverture de services en urologie et des spécialistes en dermatologie de McGill desservent maintenant la région. Le système PACS (numérisation des radiographies et possibilité de transmission des images par voie électronique) en radiologie avance à grand pas. Les besoins en effectifs médicaux exprimés par la région (élaborés au niveau du RUIS) ont été respectés. De nouveaux postes en spécialité ont ainsi été acceptés : hémato-oncologie, néphrologie, microbiologie-infectiologie, biochimie médicale, endocrinologie. Enfin, une coordonnatrice clinique a été embauchée par le Centre universitaire de santé McGill pour faciliter les contacts avec les cliniciens de la région.

On a également conservé beaucoup de souplesse comme en témoigne la mise en place des unités de médecine familiale (UMF) pour la formation des médecins de famille, l'un des moyens les plus efficaces de recrutement. À La Sarre et Amos, on forme des médecins de famille avec l'Université de Montréal. À Rouyn-Noranda, la nouvelle UMF est affiliée à l'Université de Sherbrooke. À Val-d'Or, une UMF associée à McGill devrait ouvrir en 2009.

LES ACTIVITÉS RÉGIONALES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Amélioration de la qualité des services

La reconnaissance de la fonction « qualité », aux paliers local, régional et national, est essentielle pour intégrer les rôles et les responsabilités des acteurs concernés. Conséquemment, l'Agence et les établissements ont créé, en 2007-2008, une table sur la qualité et la prestation sécuritaire des services dans le but de conjuguer les efforts de ces différents paliers et y imprimer une cohérence, tant dans la réflexion que dans les actions. C'est à partir des efforts consentis pour assurer et pour garantir la qualité, la satisfaction et la prestation sécuritaire des services, que des fonctions se précisent et que des actions porteuses émergent pour en arriver à une gestion intégrée. Les actions porteuses au regard de la qualité sont nombreuses et gérées par différents mécanismes internes et externes d'appréciation et de suivi. Outre le comité de vigilance et de la qualité et les comités des usagers et des résidents, dont il est fait mention précédemment, mentionnons l'agrément et la prestation sécuritaire des services, la mise en place de protocoles des mesures de contrôle, l'examen des plaintes, l'évaluation de la satisfaction des usagers et les visites d'appréciation de la qualité des services en milieu de vie.

Agrément et prestation sécuritaire des services

Concernant la prestation sécuritaire des services, en Abitibi-Témiscamingue, tous les établissements ont sollicité l'agrément, ont tenu un registre des accidents et des incidents et ont adopté une procédure de divulgation en regard des accidents. De plus, les nouveaux comités et les gestionnaires de risques ont suivi plusieurs formations pour parfaire leurs connaissances.

Mesures de contrôle, de contention et d'isolement

En 2007-2008, l'Agence disposait de deux personnes formées et disponibles pour le Programme de formation nationale sur les mesures de contrôle : *Vers un changement de pratique pour réduire le recours à la contention et à l'isolement*. Le déploiement de cette formation, destinée aux infirmières et infirmiers, aux ergothérapeutes, aux physiothérapeutes et aux médecins, a débuté dès l'automne 2007 pour se poursuivre tout au long de l'année en fonction des disponibilités du personnel concerné dans chacun des CSSS. La cible du MSSS est d'avoir formé, dans tous les établissements de santé et de services sociaux du Québec, au moins 66 % du personnel concerné d'ici 2010.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Plaintes à l'Agence et dans les établissements

Le régime des plaintes prévu à la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (LSSSS) permet aux personnes de présenter une plainte au commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services lorsqu'ils sont insatisfaits d'un service reçu de l'Agence, d'un organisme communautaire ou des services préhospitaliers d'urgence. La population peut également s'adresser au commissaire régional pour signaler des difficultés vécues dans les résidences privées pour personnes âgées. Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services répond également aux demandes d'aide pour de l'assistance concernant l'accès aux services du réseau et rend disponibles les informations concernant les services offerts par les établissements et les organismes de la région. Selon les situations portées à son attention, il peut également intervenir de sa propre initiative s'il juge que les droits d'un usager ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés.

Les demandes d'assistance consistent principalement en des activités de consultation, de liaison et d'intervention, dans le but de régler une insatisfaction sans qu'il y ait dépôt d'une plainte écrite ou verbale. Les demandes d'information de la population portent, entre autres, sur l'organisation ou l'accès aux services pour lesquelles les données pertinentes nécessaires à la compréhension d'une situation sont transmises.

Tableau 16
Bilan des dossiers de plaintes reçues à l'Agence au 31 mars 2008

PLAINTES	18
ASSISTANCE ET INFORMATION	76
DEMANDES D'INTERVENTION RÉSIDENCES PRIVÉES	5
NOMBRE TOTAL D'INTERVENTIONS	99

Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services est intervenu dans 99 situations qui ont nécessité une ou plusieurs actions pour répondre à des demandes. De ce nombre, dix-neuf plaintes ont été examinées et traitées puisqu'une était en voie de traitement au 1er avril 2007. Le commissaire régional a donné suite à 76 demandes d'assistance et d'information concernant les services de santé et les services sociaux. Finalement, il a eu recours à son pouvoir d'intervention dans cinq situations où il y avait lieu d'assurer et de vérifier le respect des droits des usagers. Ces interventions concernaient majoritairement des personnes qui vivent en résidence privée. Le nombre total d'interventions en lien avec le mandat et les responsabilités du commissaire régional a été sensiblement le même qu'en 2006-2007, alors que le commissaire régional avait répondu à 113 demandes.

Tableau 17
Plaintes traitées par les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services au 31 mars 2008

Mission d'établissement	Plaintes en voie de traitement au 1er avril 2007	Plaintes reçues durant l'exercice	Total	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement au 31 mars 2008	Dossiers transmis au 2e palier : Protecteur du citoyen
CH	21	147	168	153	15	5
CLSC	4	50	54	43	11	4
CHSLD	2	8	10	8	2	1
CR	1	6	7	6	1	1
CJAT	2	30	32	29	3	0
Total	30	241	271	239	32	11

Selon les dispositions de la loi, les usagers peuvent avoir recours au régime des plaintes d'un établissement en s'adressant au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Celui-ci peut examiner et traiter la plainte afin de formuler une recommandation pour prévenir ou corriger une situation. Les objectifs poursuivis par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services visent essentiellement le redressement d'une situation administrative ou professionnelle qui affecte la qualité des services offerts à l'usager. Les interventions du commissaire local permettent, la plupart du temps, l'amélioration de la qualité des services puisque l'analyse des situations est directement liée aux attentes et aux besoins exprimés par les usagers.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Le tableau 17 présente le bilan des plaintes traitées par les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services, dans les établissements et le tableau 18 fait état des activités réalisées par les médecins examinateurs des CSSS.

Durant l'exercice 2007-2008, les établissements de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue ont reçu 241 plaintes. Puisque 30 plaintes étaient en voie de traitement au 1er avril 2007, le nombre total de plaintes examinées par les commissaires locaux est de 271. Ces derniers ont transmis leurs conclusions pour 239 plaintes. Subséquemment, 32 plaintes étaient en voie de traitement au 31 mars 2008. De ce nombre, 11 plaintes ont été transmises par des usagers en deuxième instance au Protecteur du citoyen suite à la décision du commissaire local.

Tableau 18
Plaintes traitées par les médecins examinateurs dans les établissements au 31 mars 2008

MISSION D'ÉTABLISSEMENT	Plaintes en voie de traitement au 1er avril 2007	Plaintes reçues durant l'exercice	Total	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement au 31 mars 2008	Dossiers transmis au 2e palier : Comité de révision
CH	22	51	73	49	24	2
CLSC	0	1	1	0	1	0
Total	22	52	74	49	25	2

Les médecins examinateurs ont reçu 52 plaintes. Au 1er avril 2007, 22 dossiers de plaintes étaient en voie de traitement. En conséquence, le nombre de dossiers totalisait 74 pour l'exercice financier 2007-2008. Les médecins examinateurs ont remis leurs conclusions suite à l'examen de 49 plaintes et 2 de ces dossiers ont été transmis par des usagers à un comité de révision. On comptait 25 plaintes en voie de traitement au 31 mars 2008.

Lors de l'exercice financier 2007-2008, 293 plaintes ont été adressées aux commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services et aux médecins examinateurs. Les établissements de la région ont donc connu une hausse du nombre de plaintes puisqu'en 2006-2007, 241 avaient été formulées par des usagers.

Satisfaction des usagers

Au printemps et à l'automne 2008, l'Agence a présenté à cinq établissements les résultats d'un sondage de satisfaction mené auprès des usagers de leur territoire. La cueillette de données a permis d'obtenir les 2 350 questionnaires demandés par l'Agence. Le traitement des données a permis l'interprétation du niveau de satisfaction et de la mise en priorité de certaines attentes. Ainsi, les résultats ont donné aux établissements une idée des actions à établir dans un plan qui vise à améliorer les lacunes relevées.

Visites d'appréciation de la qualité des services

En 2007-2008, il y a eu trois visites d'appréciation de la qualité des services. Les équipes étaient composées d'un représentant du MSSS, d'un représentant soit du Conseil pour la protection des malades, de l'Association du Québec pour l'intégration sociale ou encore de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, auxquels se sont joints, dans chacune des régions, un représentant de l'Agence et un représentant régional selon la problématique visée. Ces visites ont eu lieu aux établissements suivants :

- Maison Pie XII du CSSS de Rouyn-Noranda;
- Villa St-Martin du CSSS de la Vallée-de-l'Or;
- Pavillon Duhamel du CSSS du Lac-Témiscamingue.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Une visite des lieux, des rencontres informelles avec les familles, les ressources, les comités des usagers, les usagers et les intervenants ainsi que des observations sur l'organisation du travail ont été effectuées de manière à permettre à l'équipe de visite d'apprécier l'environnement humain et physique.

Pour les trois visites effectuées, des recommandations ont été émises dans le rapport de visite de chaque établissement. Par la suite, les établissements visités ont présenté un plan d'action visant à mettre en œuvre les recommandations émises. L'Agence assure un suivi rigoureux aux plans soumis par les établissements.

Agence de la santé et des services sociaux de Abitibi-Témiscamingue

Communautés autochtones

Communautés autochtones

Les activités qui suivent illustrent la volonté de l'Agence d'assurer un accès équitable aux membres des communautés autochtones de la région à des services de santé et à des services sociaux de qualité.

À la suite de l'étude des besoins en matière de services sociaux pour les communautés autochtones de l'est de la région, réalisée par l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), l'Agence a organisé trois réunions de travail au Centre de santé de Pikogan pour établir un plan d'action.

Un suivi est assuré par l'Agence dans le processus de développement des services de première ligne par les centres de santé des communautés du Lac-Simon et de Kitcisakik. Cette démarche s'inscrit dans le cadre d'un projet pilote initié par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL).

L'étude sur la santé des femmes dans la communauté de Kitcisakik, réalisée avec la collaboration d'une équipe de chercheurs, a été menée à terme. Les résultats de l'étude ont été présentés aux femmes de la communauté par les chercheurs en mars 2008. Des suivis sont prévus en 2008-2009.

L'Agence a participé à une journée d'échanges organisée par le Secrétariat aux Affaires Autochtones dans la communauté de Kitcisakik, avec les membres de cette communauté, des représentants de Santé Canada, du ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (MAINC) et des différents ministères fédéraux et provinciaux concernés par le projet du nouveau village Wanaki. Un comité de suivi, auquel participe l'Agence, a été mis en place.

L'Agence a rencontré le nouveau conseil d'administration du Anishnabe Long-Term Care Centre (un CHSLD privé non conventionné) à plusieurs reprises et a eu des échanges réguliers avec la direction du centre afin de les soutenir dans l'organisation des services. Le soutien financier pour l'hébergement de la clientèle autochtone de la région, vivant hors réserve, a été reconduit.

Dans le cadre du programme du Fonds de transition pour la santé des autochtones, la communauté d'Eagle Village (Kipawa) et le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or ont élaboré des projets de partenariat avec notre réseau. L'Agence a confirmé son intérêt pour les projets déposés et a adressé une lettre d'appui aux directions concernées.

La collaboration avec les centres de santé des communautés autochtones se poursuit par le développement de liens avec les directions et les intervenants de ces centres et par le biais d'échanges et de rencontres dans les communautés. Les intervenants et le personnel infirmier des communautés sont régulièrement invités à se joindre aux formations, colloques et autres événements organisés par l'Agence.

Finalement, l'Agence a entrepris, avec la collaboration du MSSS, de Santé Canada et du MAINC, l'élaboration d'un document clarifiant les responsabilités financières fédérales et provinciales pour les différentes catégories de services de santé et de services sociaux rendus aux Autochtones vivant sur réserve. Le document final sera présenté au comité de coordination réseau de la santé et des services sociaux (CCRSSS) en mai 2008.

Santé au travail

Santé au travail

L'année financière pour le programme *Santé au travail* correspond à une année civile, à savoir de janvier à décembre. En 2007, l'année financière du programme couvrait la période comprise entre le 7 janvier 2007 et le 5 janvier 2008.

Deux éléments majeurs se sont démarqués :

1. Les ententes de gestion et d'imputabilité propres au programme

   Une nouvelle forme de reddition de comptes entre la Commission de la santé et sécurité du travail (CSST) et l'Agence est entrée en vigueur en cohérence avec la démarche initiée déjà depuis quelques années au sein du réseau de la santé et des services sociaux. En effet, le programme *Santé au travail* en Abitibi-Témiscamingue devait répondre à plus d'une quinzaine d'indicateurs de performance auprès de la CSST. Les cibles visées par ces indicateurs ont été atteintes dans une proportion de plus de 70 %. À titre d'exemple, dans le cadre du Programme pour une maternité sans danger (PMSD), 834 demandes de consultations ont été effectuées auprès des médecins traitants, ce qui représente une hausse de 5 % par rapport à l'année précédente. Dans le même ordre d'idée, la 19e édition du colloque régional en santé et sécurité a encore attiré plus de 350 personnes.

2. La modernisation du plan régional d'organisation des ressources

   Dans le cadre de ce grand chantier qui est toujours en évolution, la Direction de santé publique (DSP) a déposé, auprès des instances concernées, une proposition d'organisation locale qui vise à regrouper au sein d'un ou de deux CSSS, l'ensemble des services locaux offerts par le programme *Santé au travail*. Rappelons brièvement les grands objectifs visés par la DSP dans cet exercice de réorganisation à l'échelle locale : assurer une équité dans l'offre de service sur l'ensemble du territoire, harmoniser les pratiques régionales, utiliser de façon optimale l'ensemble des ressources, améliorer le recrutement et la rétention du personnel et faciliter le nouvel exercice de reddition de comptes à l'échelle régionale. Le processus de consultation est en cours et l'implantation de la nouvelle structure d'organisation est souhaitée pour le début de l'année 2009.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Services préhospitaliers d'urgence

Services préhospitaliers d'urgence

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Assurer les transports ambulanciers sur tout le territoire.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de transports réalisés	11 268 transports réalisés	Répondre à toutes les demandes de transport	11 642 transports réalisés

Commentaires

Pour la période du 1er avril 2007 au 31 mars 2008, les entreprises ambulancières de la région ont effectué 11 642 transports, ce qui représente une augmentation de 374 transports par rapport à 2006-2007 ainsi qu'une hausse de 2 780 transports depuis 2000.

Zone	Nombre de transports selon les territoires en 2007-2008	
801	Ambulances Témiscaming	353
802	Ambulances Abitémis (Ville-Marie)	709
803	Ambulances Abitémis (Rouyn-Noranda)	3 162
804	Ambulances Abitémis (La Sarre)	1 425
805	Ambulances Abitémis (Amos)	1 307
806	Ambulances Val-d'Or	3 022
807	Ambulance Senneterre	351
810	Ambulances Abitémis (Malartic)	474
811	Ambulances Abitémis (Notre-Dame du Nord)	282
812	Ambulance Boulay (Parc de la Vérendrye)	82
813	Ambulances Abitémis (Cadillac)	159
814	Ambulances Abitémis (Barraute)	198
820	Ambulance Bella-Meau (Belleterre)	118
Total		**11 642**

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

PRENDRE NOTE : Tout au long de ce chapitre, en ce qui concerne l'entente de gestion, les cibles inscrites correspondent aux engagements de l'entente de gestion 2007-2008 additionnés à ceux de l'addenda, le cas échéant.

Programmes de services

Déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED)

Accès aux services – DI - TED

Entente de gestion

Objectif de résultats

Mise en œuvre du plan d'accès en DP, DI et TED.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre d'établissements ayant désigné un responsable de la mise en œuvre du plan d'accès			

Commentaires

Sans objet pour la région dans l'entente 2007-2008.

Activités de jour et répit-dépanange – DI – TED -- DP

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Transférer les responsabilités et les montants dévolus pour les activités de jour et le répit-dépannage en organismes communautaires du Centre de réadaptation La Maison ou du CRDI Clair Foyer vers les CSSS et les organismes communautaires.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Responsabilités et sommes dévolues aux activités de jour et répit-dépannage sous la responsabilité des CSSS	S.O.	Responsabilités et sommes transférées aux CSSS et organismes communautaires	Travaux préalables au transfert en cours

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Commentaires

Un comité régional, formé des partenaires concernés, a été mis en place en 2007-2008 afin de mieux cerner les enjeux et identifier les conditions de succès de la démarche.

Pour les activités de jour, une analyse du requis en termes de ressources humaines et financières est en cours. Le résultat de cette démarche devrait permettre d'identifier le besoin de soutien des différents acteurs impliqués dans ces services.

En ce qui concerne le répit-dépannage, un comité régional a été mis en place pour la révision du cadre de référence élaboré en 1997 pour ce volet. Cet exercice permettra également d'analyser la situation à la lumière de la réalité actuelle et de convenir des modalités pour un transfert de responsabilité.

Réinsertion sociale – DI

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Poursuivre les travaux entourant la réinsertion sociale des usagers DI en internat au CRDI Clair Foyer et au CSSS des Aurores-Boréales.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Plan de financement complet pour assurer la mise en œuvre du processus de réinsertion	S.O.	Plan complet et confirmation du financement du MSSS	Plan de financement presque complet et en attente de confirmation du MSSS

Commentaires

L'Agence a réservé un montant non récurrent de 150 000 $ à partir des crédits de développement de 2007-2008; ce montant s'ajoute aux sommes déjà identifiées pour mener à terme le projet.

L'Agence demeure en attente d'une confirmation du MSSS prévue pour le début de 2008-2009. Entre-temps, les établissements concernés poursuivent tout de même l'implantation du projet de réinsertion sociale, notamment en recrutant des ressources intermédiaires et des ressources de type familial. Ajoutons que des personnes ont déjà pu être intégrées avec succès dans ces ressources.

Services spécialisés – TED

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de 6 ans avant un diagnostic de trouble envahissant du développement en augmentant le nombre d'enfants desservis.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA	8	14	8
Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de 6 ans	10,4	20,0	8,7

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Commentaires

La cible du nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service ICI de type ABA n'a pas été atteinte. Aucun jeune n'était en attente.

- La présence d'un dépistage du développement des enfants, en CSSS lors de vaccinations et avant l'entrée scolaire, contribue à l'identification des jeunes enfants pouvant avoir des retards de développement.
- Le Centre de réadaptation La Maison a observé des difficultés d'accès pour les services d'évaluation auprès des pédopsychiatres.
- En 2007-2008, le remplacement des professionnels qui étaient en congé, notamment des congés de maternité, s'est avéré difficile.

Les services n'atteignent pas l'intensité attendue par le MSSS. L'Agence considère que le nombre moyen d'heures d'intervention comportementale intensive tend davantage à répondre à différents besoins de l'enfant et de sa famille plutôt que d'atteindre la cible; les raisons suivantes sont invoquées par les différents acteurs :

- Certains enfants ne peuvent *tolérer* les vingt heures pour des raisons cliniques ou parce que les parents favorisent souvent l'intégration en milieu de garde plutôt que l'intervention intensive individuelle. Il peut y avoir aussi un arrêt temporaire pour des raisons médicales ou de congé.
- Certains parents refusent des services aussi intenses pour leur enfant en expliquant qu'ils ne veulent pas surcharger celui-ci.
- Les services du CR La Maison soutiennent aussi l'intégration en milieu de garde ou la transition vers le milieu scolaire, ce qui n'est pas comptabilisé comme de l'intervention intensive par les indicateurs.

Des services indirects, tels les rencontres de plan de services individualisé et le soutien au personnel des milieux de garde, ne sont pas comptabilisés dans les heures. Ces services indirects, les déplacements et la rédaction de dossiers ont été estimés pour quelques enfants et peuvent représenter de quatre à douze heures par semaine.

Services spécialisés – TED

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de personnes âgées de 6 ans ou plus desservies.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de personnes âgées de 6 ans ou plus recevant un service spécialisé (TED)	103	103	97

Commentaires

La cible est atteinte pour notre région même s'il y a une légère baisse de 6 personnes. Le MSSS demande pour 2010 que 52 personnes de 6 ans et plus ayant un TED soient rejointes par les services spécialisés. La région dépasse donc largement l'objectif visé.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Services spécialisés – DI

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services d'adaptation et d'intégration sociales pour les usagers présentant une déficience intellectuelle.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre d'enfants de moins de 6 ans présentant une déficience intellectuelle ayant reçu un service d'adaptation et d'intégration sociales		S.O.	S.O.
Nombre moyen d'heures de prestation des services d'adaptation et d'intégration sociales par enfant		S.O.	S.O.
Nombre de jeunes de 6 à 21 ans présentant une déficience intellectuelle recevant un service d'adaptation et d'intégration sociales		S.O.	S.O.
Nombre d'adultes de 22 ans et plus présentant une déficience intellectuelle ayant reçu un service d'adaptation et d'intégration sociales		S.O.	S.O.

Commentaires

Sans objet dans l'entente de gestion de l'Abitibi-Témiscamingue, toutefois l'intensité des services aux jeunes de 6 à 21 ans a été augmentée.

Soutien à domicile – DI et TED

Entente de gestion

Objectif de résultats

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un TED et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	354	354	330
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager DI et TED	6,4	6,5	7,0

Commentaires

La cible du nombre d'usagers est presque atteinte pour notre région, l'écart entre la cible et le résultat est de moins de 10 % (24 usagers).

Le seuil 2007-2008 demandé par le MSSS pour les usagers TED-DI recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC) est de 160. Il est de 190 usagers pour l'année 2010. On peut donc dire que cet objectif est largement atteint.

Le nombre moyen d'interventions par usager DI et TED dépasse la cible visée. Ces résultats excluent la contribution des entreprises d'économie sociale et les services reçus via le chèque emploi service.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Soutien à domicile – DI et TED

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	207	207	214

Commentaires

La cible de rejoindre des usagers ayant une DI ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe est atteinte. D'ailleurs, la cible visée par le MSSS pour l'année 2009-2010 est de 202 personnes.

Agence de la santé et des services sociaux de Laval (imprimerie)

Déficience physique

Services aux personnes aux prises avec un traumatisme craniocérébral

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Assurer l'offre de service requise aux personnes adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Désignation du consortium interrégional de l'Ouest du Québec pour les adultes		Atteinte de toutes les exigences	Désignation obtenue le 6 décembre 2007
Dérogation quant à l'offre de service de réadaptation fonctionnelle à l'interne du Centre de réadaptation La Maison		Dérogation temporaire ou permanente	Fin de la dérogation temporaire Application du modèle provincial

Commentaires

L'évaluation du consortium interrégional de l'Ouest offrant des services aux personnes adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) modéré ou grave a été effectuée le 6 décembre 2007 par le Groupe conseil en traumatologie du MSSS. Cette évaluation a donné lieu à la reconnaissance de l'atteinte des exigences attendues pour la majorité des paramètres évalués.

Le 14 février 2008, le Groupe conseil a recommandé la désignation du consortium interrégional de Montréal - Abitibi-Témiscamingue comme consortium offrant des services aux adultes ayant subi un TCC modéré ou grave. Toutefois, l'évaluation de l'offre de service en réadaptation interne, réalisée le 13 mars 2008, vient modifier la trajectoire de services en raison de la décision de ne pas maintenir ou rendre permanente la dérogation temporaire au Centre de réadaptation La Maison. Depuis, les services de réadaptation à l'interne doivent être assurés par l'Institut de réadaptation de Montréal.

L'Agence prévoit poursuivre les démarches, en collaboration avec le CRLM, pour obtenir à nouveau la dérogation quant à l'offre de service de réadaptation fonctionnelle à l'interne au CRLM.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Services de première ligne – Taux horaire pour l'allocation directe

Entente de gestion

Objectif de résultats

Augmenter le taux horaire pour l'allocation directe.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Taux horaire	9	10	10

Commentaires

Le taux horaire a été rehaussé à compter du 1er avril 2007.

Note : Ce taux horaire s'applique à toutes les personnes bénéficiant d'une allocation directe.

Services spécialisés

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	2 213	2 229	2 239

Commentaires

La cible est atteinte. Toutefois, on observe des variations importantes, selon les types de déficience :

- Une baisse en déficience motrice (de 1 366 à 1 275) due en partie à la difficulté de combler certains postes et à la réduction de référence de la première ligne dans un territoire en lien aussi avec une pénurie de ressources humaines. La liste d'attente est passée de seize au 31 mars 2007 à quatre au 31 mars 2008.
- Une baisse en déficience visuelle (de 377 à 369) due en partie à une réduction des références des optométristes. La liste d'attente est passée de deux personnes au 31 mars 2007 à quinze personnes au 31 mars 2008.
- Une hausse importante en déficience auditive (de 263 à 352). Une partie importante de la hausse est due à l'accès, pour les personnes de 65 à 75 ans, à des aides de suppléance à l'audition, dans le cadre d'un décret en leur faveur. Au 31 mars 2007, sept personnes étaient en attente alors qu'il y en avait neuf au 31 mars 2008.
- Une hausse en déficience de la parole et du langage (de 223 à 243). Six clients étaient en attente au 31 mars 2008 alors qu'il n'y en avait qu'un au 31 mars 2007.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Services spécialisés

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience motrice	28,70	29,60	26,64
Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience visuelle	15,31	15,31	14,30
Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience auditive	21,75	23,75	15,42
Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience du langage et de la parole	55,79	56,98	57,44

Commentaires

En déficience motrice et visuelle, les cibles ne sont pas atteintes. Le CR La Maison a eu des difficultés importantes pour combler des postes. La situation devrait être rétablie en 2008-2009.

En déficience auditive, la cible n'est pas atteinte, une hausse importante du nombre d'usagers (de 263 en 2006-2007 à 352 en 2007-2008) n'a pas permis d'assurer l'intensité attendue. L'établissement a privilégié assurer un minimum de services plutôt que de laisser les personnes en attente.

En déficience du langage et de la parole, la cible est dépassée, et ce, malgré une hausse de la clientèle.

Soutien à domicile

Entente de gestion

Objectif de résultats

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1 835	1 749	1 837
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	11,8	11,8	12,9

Commentaires

La cible du nombre d'usagers est atteinte pour notre région. Le seuil 2007-2008 demandé par le MSSS pour les usagers recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC) est de 973. Il est de 1 028 usagers pour l'année 2010. On peut donc dire que cet objectif est largement atteint.

Le nombre moyen d'interventions en soutien à domicile est atteint. Ces résultats excluent la contribution des entreprises d'économie sociale et les services reçus via le chèque emploi service.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Soutien à domicile

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	216	216	217

Commentaires

L'objectif de rejoindre des usagers ayant une DP dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe est atteint pour la région. D'ailleurs, la cible visée par le MSSS pour l'année 2009-2010 de 210 personnes est déjà dépassée.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Dépendances

Jeu pathologique

Entente de gestion

Objectif de résultats

Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	72	80	76

Commentaires

La cible n'est pas atteinte. On observe une légère augmentation du nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique par rapport à l'année 2006-2007. Selon la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques ou toxicomanes (FQCRPAT), il s'agit d'une cible difficile à atteindre, entre autres par l'interdiction de fumer dans les bars du Québec.

D'autre part, la cible régionale apparaît plus ou moins réaliste par rapport au contexte régional. Cette réalité veut que les personnes qui demandent de l'aide pour le jeu pathologique le fassent la plupart du temps dans l'urgence. Dans la réalité, ces personnes vivent aussi d'autres problématiques associées. Elles sont vues 4-5 fois puis abandonnent le traitement. La plupart du temps, ces personnes solliciteront à nouveau les services du CRPAT, mais elles ne seront pas considérées comme de nouveaux clients. L'approche thérapeutique privilégiée présentement par le Centre Normand implique des suivis d'une durée d'un an. Elle vise des personnes aux prises avec des problèmes uniquement de jeu pathologique. Elle est présentement remise en question, les situations multiproblématiques sont plus la règle que l'exception.

Enfin, bien que le projet d'interventions ciblées auprès des joueurs d'appareils de loterie vidéo (ALV) ait été implanté en 2007-2008 et qu'il ait impliqué, entre autres, des activités de démarchage auprès d'entreprises et d'écoles, aucune augmentation des références vers les services de deuxième ligne n'a encore été observée. Ces joueurs semblent moins se reconnaître comme des joueurs pathologiques.

Programme Alcochoix +

Attente administrative

Objectif de résultats

Développer les services de première ligne en alcoolisme, autres toxicomanies et jeu pathologique (accueil, évaluation, détection et intervention précoce) par la formation du personnel en première ligne et la mise en place d'intervenants pivots en dépendances dans chaque CSSS de la région.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Proportion de territoires dotés d'intervenants pivots	100 %	100 %	83 %
Proportion de la population de la région ayant accès au programme Alcochoix +	50 %	100 %	50 %
Nombre de personnes rejointes par le programme Alcochoix +	9	Augmentation	15

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Commentaires

Le départ d'un intervenant pivot en 2007-2008 a fait en sorte que cinq territoires de CSSS sur six sont présentement dotés d'intervenants pivots en dépendances. La visée est d'assurer une couverture territoriale à 100 % pour 2008-2009.

Le pourcentage des territoires couverts par le programme Alcochoix + en 2007-2008 est demeuré le même qu'en 2006-2007. Des formations sont à venir afin de compléter la couverture territoriale du programme Alcochoix + Par ailleurs, on observe une légère augmentation du nombre de personnes rejointes en 2007-2008.

Depuis 2007-2008, la région participe à l'évaluation provinciale de l'implantation du programme Alcochoix+, en collaboration avec l'équipe de Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ).

Services de première ligne – Toxicomanies

Entente de gestion

Objectif de résultats

Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie suite à une évaluation	69	107	95

Commentaires

L'objectif pour 2007-2008 est presque atteint.

En 2006-2007, plusieurs intervenants ont été formés entre autres à l'outil de dépistage DEP-ADO, ce qui peut expliquer le grand nombre de références à la suite d'une évaluation.

De plus, les absences prolongées de deux intervenants jeunesse au Centre Normand ont pu influer sur le résultat obtenu.

Enfin, les références en provenance du Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue sont inférieures aux références des centres jeunesse vers les centres de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanies (CRPAT) des autres régions. Des travaux entre le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue et le Centre Normand sont présentement menés afin de mieux comprendre la situation et apporter les changements nécessaires.

Notez toutefois que les résultats de 2007-2008 (95 jeunes évalués et référés en toxicomanie) indiquent que la cible du plan stratégique pour 2010 (85 personnes) et le seuil pour 2007-2008 (67 personnes) sont atteints.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Jeunes en difficulté

Équipe d'intervention jeunesse

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accessibilité et la continuité des services aux jeunes en difficulté et à leur famille par l'implantation d'une équipe d'intervention jeunesse dans chaque territoire local de la région.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Proportion de territoires dotés d'équipe d'intervention jeunesse	50 %	50 %	50 %

Commentaires

La cible est atteinte : trois territoires sur six ont une équipe d'intervention jeunesse en place. Au total, 33 situations sont ou ont été suivies par ces équipes en 2007-2008; 27 plans de services individualisés (PSI) ont été réalisés alors que sept autres sont en préparation.

Ajoutons que dans les trois autres territoires, malgré l'absence d'équipe d'intervention jeunesse, des mécanismes sont en place afin de répondre aux situations complexes.

Expertises psychosociales

Attente administrative

Objectif de résultats

Répondre aux demandes d'expertise de la Cour dans les délais souhaités.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Délai moyen entre la date de réception de la demande par le centre jeunesse et la date de transmission du rapport à la Cour	6,5 mois	3 mois	4 mois

Commentaires

Malgré une hausse de demandes en 2007-2008 par rapport à 2006-2007, une nette amélioration est observable. Le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue a identifié des moyens et poursuit ses efforts afin d'atteindre la cible.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Programme de qualification des jeunes

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer la prestation de services par le programme de qualification des jeunes (PQJ).

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de jeunes différents ayant bénéficié du PQJ	19	20	21

Commentaires

La cible est atteinte.

Services de première ligne

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne sept interventions, par année, par usager.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	2 383	2 112	2 021
Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	5,2	6,6	7,1

Commentaires

La cible concernant le nombre d'usagers rejoints n'est pas atteinte. Toutefois des ajustements en cours d'année ont été apportés quant à la distinction entre les services généraux et les services aux jeunes en difficulté. Cela pourrait expliquer les fluctuations.

Notons que le seuil 2007-2008, soit 6 % des jeunes 0-17 ans (1 795 jeunes) est largement dépassé.

La cible se rapportant au nombre moyen d'interventions par usager est atteinte.

Notons que des interventions de groupe sont réalisées dans plusieurs territoires et ne sont pas comptabilisées par cet indicateur.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Services de première ligne

Entente de gestion

Objectif de résultats

Accroître les services de première ligne permettant le retour d'un enfant dans son milieu familial.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de parents recevant des services du CSSS alors que l'enfant est soumis à une durée maximale de placement	0	17	N/D

Commentaires

Certaines collaborations sont réalisées entre le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CJAT) et les CSSS dans le cas où les parents présentent des problèmes de santé mentale.

À noter qu'il sera difficile d'estimer les demandes de service liées directement à cet indicateur car le CJAT assure toujours le suivi dans l'ensemble des dossiers dont l'enfant fait l'objet d'un placement.

Services de deuxième ligne

Entente de gestion

Objectif de résultats

Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA, dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	18,3	14,7	20,2
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	21,3	20,0	16,2
Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA	17,2	17,0	11,1
Taux de nouveaux placements en centre jeunesse	8,4	8,2	7,6

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Commentaires

La cible pour le délai d'attente à l'évaluation n'a pas été atteinte. Des difficultés, dans certaines zones, à remplacer des congés (maternité et maladie) ont coïncidé avec des pics de signalements. En fin d'année, des ajustements au niveau de la saisie de données ont été apportés au système informatique, ce qui occasionnerait une baisse des délais d'attente à l'évaluation des signalements.

Les résultats pour 2007-2008 incluent la clientèle autochtone sur réserve, mais ce n'était pas le cas pour les résultats de 2006-2007 et la cible 2007-2008.

De plus, trois intervenants font de la *vérification complémentaire terrain* depuis mars 2008. Cette nouvelle orientation aura pour effet de diminuer certaines tâches, jusqu'à présent assumées par les évaluateurs, leur laissant ainsi davantage de temps à consacrer à l'évaluation.

La cible concernant le délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse est atteinte et même en deçà de la norme de 30 jours. Les efforts sont maintenus. Ici encore, les résultats pour 2007-2008 incluent les autochtones sur réserve.

La cible est également atteinte et en deçà de la norme en ce qui concerne le délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA. Les résultats pour 2007-2008 englobent les autochtones sur réserve.

Le taux de nouveaux placements a diminué atteignant ainsi la cible. Ces résultats incluent une partie de la région 10 et les Autochtones hors réserve, mais excluent les Autochtones sur réserve. Le renforcement des services en première ligne dans les CSSS, conjugué avec les changements de pratique en matière de placement, devraient contribuer à la réduction de ce taux.

Services de santé mentale en centre jeunesse

Entente de gestion

Objectif de résultats

Accroître les services de réadaptation spécialisés pour les jeunes présentant un trouble sévère de santé mentale.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de projets pour des services spécialisés en santé mentale pour des jeunes hébergés en unité de réadaptation	S.O.	S.O.	S.O.
Nombre de jeunes hébergés en unité de réadaptation desservis par des services spécialisés en santé mentale	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

Le CJAT a développé un service en unité de réadaptation pour la clientèle jeune présentant des problèmes multiples (doubles diagnostics). Cette unité compte présentement sept usagers nécessitant des services d'hébergement et de traitement spécialisé en santé mentale.

Des travaux de réaménagement des lieux physiques sont en cours et devraient être complétés à la fin du mois de mai 2008. Des ententes avec le milieu scolaire sont présentement en négociation dans le but d'offrir la scolarisation des usagers à l'intérieur du centre de réadaptation, site La Maison.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Services d'intervention en situation de crise

Entente de gestion

Objectif de résultats

Augmenter le nombre de famille bénéficiant d'un programme d'intervention immédiate et intensive en situation de crise.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de programmes d'intervention immédiate et intensive développés	0	2	2
Nombre d'usagers desservis par les programmes d'intervention immédiate et intensive	0	22	N/D

Commentaires

L'ensemble des CSSS offre des services aux familles vivant des situations de crise, par contre, deux d'entre eux ont mis en place un programme structuré tel que Crise-ado-famille-enfance (CAFE). Ils desservent cette clientèle depuis février 2008. La cible est donc atteinte.

Des ententes entre le CJAT et les CSSS sont présentement en élaboration en ce qui concerne les modalités de référence et la collaboration de chacun dans la prestation de ce service.

L'utilisation du code statistique est disponible depuis peu et nous croyons qu'il y a des ajustements à apporter afin de s'assurer que les rapports I-CLSC témoignent du nombre d'usagers desservis. Selon les établissements concernés, environ 60 usagers auraient été desservis.

Supervision des droits d'accès

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer l'accessibilité aux services de droits d'accès (SDA).

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de territoires de CSSS ayant accès à des services de SDA	1	2	1

Commentaires

Aucune entente de service SDA n'a été signée. Toutefois, des travaux sont en cours dans différents territoires de CSSS afin de déterminer des modalités d'arrimage à mettre en place pour la prestation de ce service. Notons que diverses mesures sont mises en place dans les territoires pour répondre aux besoins ponctuels.

Une entente entre le CSSS Lac-Témiscamingue est en processus de réalisation avec la collaboration d'un centre de la petite enfance. Cette entente servira de projet pilote et pourra être utilisée comme modèle par d'autres territoires pour faciliter la mise en place d'un tel service.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Perte d'autonomie liée au vieillissement

Maintien dans la communauté – Places de soins post-hospitaliers

Entente de gestion

Objectif de résultats

Récurrence des places de soins post-hospitaliers pour les personnes âgées.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de projets		S.O.	S.O.
Nombre de places d'hébergement		S.O.	S.O.

Commentaires

Il n'y avait pas d'objectif pour l'Abitibi-Témiscamingue en 2007-2008. Toutefois, un projet est en développement depuis janvier 2008 dans la Vallée-de-l'Or et est financé par le MSSS. Actuellement six lits sont occupés au CSSS et des démarches auprès d'un promoteur sont en cours pour la construction de dix places.

Maintien dans la communauté – Places d'hébergement non institutionnelles

Entente de gestion

Objectif de résultats

Développer des places d'hébergement non institutionnelles du type « projet novateur ».

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de projets	2	2	2
Nombre de places d'hébergement	31	31	31

Commentaires

Un projet est en cours depuis octobre 2004 à Ville-Marie.

Le point de départ inclut le projet de seize places à Amos qui devait être actualisé en 2006-2007 et qui tarde toujours compte tenu de difficultés imprévisibles, notamment liées à la contamination du sol.

À Val-d'Or, le projet novateur devrait débuter en juin 2008. Neuf places seront dédiées aux personnes ayant des pertes cognitives.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Maintien dans la communauté – Soutien en logement social

Entente de gestion

Objectif de résultats

Consolider et développer le soutien communautaire en logement social.

INDICATEURS		Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre total d'unités d'habitation desservies		0	S.O.	0
Nombre d'unités en :	PALV	0	S.O.	0
	DI-TED	0	S.O.	0
	Déficience physique	0	S.O.	0
	Santé mentale	0	S.O.	0
	Itinérance	0	0	0
	Dépendance	0	0	0

Commentaires

Sept projets ont été présentés en tenant compte des balises du MSSS. Des partenaires ont été associés aux projets dont les organismes communautaires, HLM, OSBL, etc.

Des personnes ayant une déficience intellectuelle ou une perte d'autonomie liée au vieillissement et des familles vulnérables sont visées par ces projets.

À ce moment-ci, il est difficile d'évaluer le nombre d'heures et les personnes rejointes. Les montants accordés en 2007-2008 sont reportés en 2008-2009 pour la majorité des projets qui seront actualisés l'an prochain.

Maintien dans la communauté – Soutien des proches aidants

Entente de gestion

Objectif de résultats

Soutenir les proches aidants.

INDICATEURS	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre de projets		S.O.	S.O.
Nombre de personnes desservies		S.O.	S.O.
Nombre d'heures de répit offertes		S.O.	S.O.

Commentaires

Il n'y avait pas de projet spécifique pour 2007-2008. Des projets ont été conçus dans les six territoires de CSSS en collaboration avec les organismes communautaires concernés. Ils devraient tous s'actualiser en 2008-2009.

Agence de la santé et des services sociaux de Laval/Lanaudière/Laurentides

Services dans la communauté

Entente de gestion

Objectif de résultats

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	3 546	3 598	3 578
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	23,7	23,8	23,3

Commentaires

La région atteint les résultats attendus pour le nombre de personnes rejointes. En rejoignant 19 % de la population, elle demeure au-delà du taux de pénétration attendu pour 2010 qui est de 16 %.

En ce qui a trait à l'intensité des services, la cible n'est pas atteinte car certains territoires ont dû faire face à des pénuries d'infirmières. La situation devrait être réglée pour l'année 2008-2009. Les services achetés, notamment aux entreprises d'économie sociale, et les allocations directes qui ne sont pas prises en compte par cet indicateur, sont en hausse.

Services d'hébergement en CHSLD

Entente de gestion

Objectif de résultats

Financer le coût de fonctionnement des nouvelles places d'hébergement en CHSLD.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de projets		S.O.	S.O.
Nombre de nouvelles places d'hébergement		S.O.	S.O.

Commentaires

Sans objet pour l'Abitibi-Témiscamingue.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,36	3,36	3,34
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,22	0,23	0,25

Commentaires

La région demeure au-dessus de la cible 2010 concernant les soins infirmiers et d'assistance. Toutefois, on note une légère baisse des heures en 2007-2008 liée à une hausse ponctuelle dans un établissement en 2006-2007 en lien avec une relocalisation d'usagers.

Globalement, la cible est atteinte concernant les services professionnels. Les résultats dépassent la cible de 2010.

Santé mentale

Services de crise et d'intégration dans la communauté

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves :

- En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants);
- En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants).

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	35	97	86
Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

La cible n'est pas atteinte, mais le résultat ne traduit pas réellement la pratique car 209 personnes différentes ont reçu des services de ce type et d'autres personnes reçoivent des services par le biais d'une entente avec un organisme communautaire.

Depuis plusieurs années, la majorité des CSSS font du suivi dans la communauté. Cette pratique très fréquemment appliquée en région réfère à une pratique clinique de réadaptation (modèle de Boston) près et dans les milieux de vie des personnes. Le CSSS de Rouyn-Noranda a une entente de collaboration avec un organisme communautaire (Le Pont) pour tous les services de soutien d'intensité variable. Le manque de professionnels pour les adultes au sein de l'équipe du CSSS de Rouyn-Noranda et la pratique clinique communautaire auraient influencé ce type d'organisation de services sur le territoire. Le CSSS Les Eskers de l'Abitibi et le CSSS des Aurores-Boréales procèdent actuellement à l'organisation des services d'intensité variable sur le territoire. Deux CSSS ont une entente de services pour des places de répit, de dépannage et de crise.

Services d'intégration dans la communauté

Entente de gestion

Objectif de résultats

Offrir une gamme de services dans la communauté pour les gens souffrant de troubles graves.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de suivi d'intensité variable		S.O.	S.O.
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de suivi intensif		S.O.	S.O.

Commentaires

La région n'avait pas de cible spécifique en 2007-2008 pour ces indicateurs. La majorité des CSSS font du soutien d'intensité variable. Le CSSS de Rouyn-Noranda a une entente de collaboration avec un organisme communautaire (Le Pont) pour tous les services de soutien d'intensité variable.

Services de première ligne

Entente de gestion

Objectif de résultats

Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	2 189	2 329	2 182

Commentaires

L'implantation de guichets uniques pour l'ensemble des CSSS de la région a favorisé la continuité des prises en charge en 1re ligne. Par contre, la présence au sein des équipes de psychiatres qui possèdent une expertise spécifique pour les personnes de moins de 18 ans, particulièrement dans deux territoires (CSSS des Aurores-Boréales et le CSSS de la Vallée-de-l'Or), encourage la pratique de suivis conjoints avec les professionnels et par conséquent diminue le nombre de personnes qui devraient être rencontrées en 1re ligne. Ajoutons que les investissements 2007-2008 ne se sont pas tous traduits en ajout de professionnels en raison de difficultés de recrutement.

Le manque de professionnels, particulièrement pour la clientèle de 18 ans ou plus, devra être pris en compte pour l'atteinte des cibles d'ici 2010.

Les postes devraient être comblés en 2008-2009.

Services de première ligne

Entente de gestion

Objectif de résultats

Implanter ou consolider les équipes de 1re ligne en santé mentale dans les CSSS.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de 1re ligne en santé mentale pour les jeunes	7,4	7,5	8,9
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de 1re ligne en santé mentale pour les adultes	17	18,9	14,9

Commentaires

Les points de départ 2006-2007 ont été révisés, ils auraient dû être 7,9 postes ETC pour les jeunes et 16,6 pour les adultes. Il est à noter que le calcul des postes ETC selon les lignes de services reposent sur le partage de la tâche des intervenants spécialisés en santé mentale qui sont très souvent regroupés dans une seule équipe étant donné les petits effectifs. Le mode de calcul diffère quelque peu entre 2006-2007 et 2007-2008, la première ligne étant déterminée :

- selon le nombre d'usagers desservis sans suivi conjoint par un psychiatre en 2006-2007;
- selon le nombre d'interventions pour les usagers sans suivi conjoint par un psychiatre en 2007-2008.

Ainsi, la cible pour les jeunes est atteinte alors que celle pour les adultes ne l'est pas. Cela s'explique par la difficulté de combler des postes dépourvus de titulaires au 31 mars 2008, et ce, malgré des efforts importants de recrutement.

Services de deuxième ligne

Entente de gestion

Objectif de résultats

Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours au 31 mars	79	34	64

Commentaires

La cible n'est pas atteinte, mais on observe une légère baisse de mars 2007 à mars 2008.

La moyenne de personnes en attente par période en 2007-2008 est de 44 personnes. Il s'agit surtout d'adultes (42 adultes pour 2 jeunes de moins de 18 ans).

Dans la majorité des territoires de CSSS, les délais d'attente pour un traitement spécialisé par un professionnel en 2e ligne pour les moins de 18 ans est presque nul. Les équipes en santé mentale ont priorisé l'accès aux services et les interventions multidisciplinaires pour répondre en force aux besoins des enfants et des jeunes présentant des troubles mentaux. Les pédiatres sont très concernés par la problématique et travaillent en concertation avec les équipes de 2e ligne, considérant la faible présence de pédopsychiatres.

Pour les personnes de 18 ans et plus, les délais d'attente en 2e ligne font référence au manque de professionnels au sein des équipes. Les départs, absences ou difficultés de recrutement ont eu un impact certain sur le nombre d'usagers rencontrés. Les ententes de collaboration avec quelques organismes communautaires permettent aux CSSS d'orienter les personnes en attente de services par les équipes de 2e ligne vers un accompagnement en milieu de vie.

Agence de la santé et des services sociaux de Laval (Québec) [illegible]

Services d'urgence

Entente de gestion

Objectif de résultats

Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale :

- Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins;
- 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	12,5	12,0	14,6
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	1,9	0,9	3,9

Commentaires

Trois CSSS sur six ont été évalués et un seul n'atteint pas les cibles. Le CSSS de la Vallée-de-l'Or a un séjour moyen sur civière en santé mentale de 20,2 heures et un pourcentage de séjour de 48 heures et plus de 8,1 % pour plusieurs raisons :

- Un débordement des huit lits de psychiatrie légale de plus ou moins deux à sept personnes en soins de courte durée. Cette situation explique la non-disponibilité de lits en courte durée pour les personnes sur civière.
- Une présence prolongée de personnes provenant des régions 17 et 18 avec un séjour plus élevé que la moyenne. Une démarche est en cours concernant le nouvel arrêté ministériel (2005-013) avec le MSSS et les régions concernées afin de clarifier le rôle et les responsabilités du CSSS de la Vallée-de-l'Or au regard des personnes provenant des régions 17 et 18.
- Les données compilées en santé mentale incluent les personnes qui présentent des problèmes liés à l'abus de substances ou en dégrisement ainsi que les personnes avec un problème de démence. Les personnes sur civière qui présentent un problème de dépendance sont en attente d'une évaluation psychiatrique. Cette requête, au lendemain ou au réveil de la personne, ne s'avère pas toujours répondre aux besoins. Des corridors de services sur le territoire devront faire l'objet de travaux avec les services de première ligne en dépendances.
- La fréquence des audiences du Tribunal administratif du Québec (TAQ) en région a considérablement diminué. Or, les personnes hospitalisées pourraient bénéficier d'une meilleure réadaptation dans un milieu de vie adapté à leurs besoins. Des démarches auprès des autres CSSS devront être entreprises par le CSSS de la Vallée-de-l'Or pour trouver une solution à ce problème de rétention de la clientèle.
- Le CSSS de la Vallée-de-l'Or a une personne à temps plein à l'urgence pour le suivi des personnes qui présentent des problèmes de santé mentale.

Santé physique

Accessibilité à des services médicaux

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services médicaux (activités chirurgicales, traitements pour la dégénérescence maculaire).

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Activités chirurgicales			
Pourcentage des établissements concernés par des chirurgies qui ont mis en place un mécanisme de gestion de l'accès	S.O.	100 %	100 %
Pourcentage des établissements concernés qui ont élaboré un plan d'action local visant l'amélioration de l'accessibilité aux services spécialisés	S.O.	100 %	60 %
Pourcentage des établissements ayant implanté le Système d'information du mécanisme d'accès aux services spécialisés (SIMASS) pour faire le suivi des délais d'attente en chirurgie	S.O.	100 %	100 %
Traitements pour la dégénérescence maculaire	26	73	111

Commentaires

Activités chirurgicales : Les mécanismes d'accès et le suivi des chirurgies en attente à partir de SIMASSS sont en fonction depuis le 1er juin 2007 dans tous les CSSS de la région, sauf pour le CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa où il n'y a pas de service de chirurgie. Ce nouvel outil a permis aux établissements de faire une épuration des listes d'attente et de diminuer considérablement le nombre de cas hors délais.

Les plans d'action permettaient aux établissements de mettre en évidence les « goulots d'étranglement » qui retardaient les chirurgies. Les CSSS les Eskers de l'Abitibi, de la Vallée-de-l'Or et de Rouyn-Noranda ont fait adopter leur plan local d'amélioration de l'accès aux services spécialisés (PLAASS). Cet exercice n'est pas encore terminé pour les CSSS des Aurores-Boréales et du Lac-Témiscamingue.

Traitements pour la dégénérescence maculaire : Ce service offert à toute la clientèle de la région depuis 2004 permet d'éviter la cécité chez les personnes atteintes de cette maladie. Depuis la mise sur pied de la clinique, le nombre d'usagers a augmenté de façon significative passant de 26 à 73. Le financement accordé en 2007-2008 sert à répondre au besoin croissant.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Cardiologie tertiaire

Entente de gestion

Objectif de résultats

Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en hémodynamie.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie			
Catégorie A	S.O.	S.O.	S.O.
Catégorie B	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

Sans objet pour l'Abitibi-Témiscamingue.

Cardiologie tertiaire

Entente de gestion

Objectif de résultats

Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en électrophysiologie.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie			
Catégorie A	S.O.	S.O.	S.O.
Catégorie B	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

Sans objet pour l'Abitibi-Témiscamingue.

Chirurgie

Entente de gestion

Objectif de résultats

Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche, d'une arthroplastie du genou, d'une chirurgie de la cataracte, d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	77	93	72
Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	104	102	89
Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	1 212	1 338	1 486
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant celles de la cataracte)	5 038	4 507	5 299

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

INDICATEURS	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	3 467	3 390	3 632
Nombre de patients en attente de plus de six mois pour une arthroplastie de la hanche	3	0	0
Nombre de patients en attente de plus de six mois pour une arthroplastie du genou	11	0	0
Nombre de patients en attente de plus de six mois pour une chirurgie de la cataracte	0	0	1

Commentaires

Hanche et genou : L'établissement n'a pas atteint ses objectifs de production pour 2007-2008 malgré les dix chirurgies de dos supplémentaires effectuées, bien qu'il n'y ait aucun cas hors délais pour ces deux chirurgies visées. Une pénurie de personnel infirmier habilité à travailler au bloc opératoire de même qu'un retard au niveau des consultations préopératoires et en médecine interne expliquent ces résultats. Le retard au niveau des consultations s'est accentué principalement en septembre et octobre 2007. Seulement huit chirurgies de la hanche et du genou ont été effectuées à cette période alors que les années précédentes, on enregistrait une production moyenne de 35 chirurgies. Même si le CSSS Les Eskers de l'Abitibi a augmenté sa cadence une fois cette problématique résolue, il n'a pu atteindre la cible visée, car les orthopédistes ont effectué quinze chirurgies de dos, cas qui utilisent en moyenne 3 heures de temps opératoire et qui, lorsqu'ils sont programmés, ne permettent pas d'opérer des cas de hanche et de genou.

Cataracte : Objectif largement dépassé (123 cataractes de plus que l'objectif visé). Un seul patient était hors délai parce que le CSSS n'avait pas de règle établie pour la clientèle qu'il ne réussissait pas à rejoindre pour son rendez-vous. Maintenant, l'établissement a émis une politique claire concernant ces cas exceptionnels.

Chirurgies d'un jour et chirurgies avec hospitalisation : Les résultats non validés par Med-Écho seraient 6 785 pour les chirurgies d'un jour et 3 777 pour les chirurgies avec hospitalisation. Il est à noter que le nombre de cas hors délais (plus de 12 mois) pour les chirurgies d'un jour et les chirurgies avec hospitalisation a considérablement diminué au cours des dernières années. À la fin de la période 13 pour 2007-2008, les CSSS de Rouyn-Noranda, Les Eskers de l'Abitibi, du Lac-Témiscamingue et des Aurores-Boréales n'avaient plus aucun cas hors délais en attente. Pour le CSSS de la Vallée-de-l'Or, les quelques cas de chirurgie hors délais sont des cas d'extraction dentaire et de chirurgies en gastroplastie (obésité morbide) pour lesquelles des démarches sont en cours afin de régler la situation. Le CSSSVO doit présenter un projet spécifique et une demande de financement au Ministère afin de pouvoir effectuer les cas d'obésité morbide hors délais.

Note : Les résultats 2007-2008 ne sont pas validés par Med-écho.

Examens diagnostiques

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services de diagnostics (polysomnographie, analyses de biologie médicale).

INDICATEURS	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Services de polysomnographie	1339	1915	2118
Laboratoire de biologie médicale			
• Pourcentage de réalisation du portrait régional	S.O.	100 %	100 %

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
• Pourcentage de l'exercice de hiérarchisation des analyses	S.O.	100 %	50 %

Commentaires

Polysomnographie : Les examens de type « ambulatoire » sont maintenant effectués dans tous les secteurs de la région. Ce déploiement régional a permis d'augmenter significativement le nombre d'examens depuis 2005-2006, soit une hausse de 158 %.

Laboratoire de biologie médicale : Au cours de 2007-2008, l'Agence a procédé à un exercice de hiérarchisation des analyses de laboratoire effectuées en région. Un comité de travail, formé de responsables de laboratoires (CSSS de Rouyn-Noranda, CSSS les Eskers de l'Abitibi, CSSS de la Vallée-de-l'Or et CSSS des Aurores-Boréales) et de responsables de l'Agence, a identifié les analyses à faible volume qui pourraient être centralisées dans les centres à plus fort volume. L'exercice de hiérarchisation est toujours en cours. Cet exercice permettra d'entamer l'abolition de la facturation intrarégionale demandée par le MSSS pour avril 2010.

Lutte contre le cancer

Entente de gestion

Objectif de résultats

Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de quatre semaines.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

Sans objet pour l'Abitibi-Témiscamingue.

Lutte contre le cancer (incluant soins palliatifs)

Attente administrative

Objectif de résultats

Mise en place de structures, de ressources et d'un mode de fonctionnement interdisciplinaire permettant la création d'un réseau intégré de lutte contre le cancer et l'élaboration d'un programme de lutte contre le cancer (projet clinique) tels que requis pour être désignée « équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer avec mandat local ».

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Désignation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer	2 CSSS	5 CSSS	5 CSSS

Commentaires

En janvier 2007, le Groupe conseil de lutte contre le cancer, mandaté par la Direction de la lutte contre le cancer a procédé à la visite d'évaluation des « équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer avec mandat local ». Les indicateurs mesurés sont les suivants :

- mise en place d'un comité de coordination du Programme de lutte contre le cancer;
- organigramme illustrant la place du Programme de lutte contre le cancer;
- nomination d'un gestionnaire clinico-administratif et d'un responsable médical, avec rôles et fonctions définis;
- présence d'une équipe interdisciplinaire;
- participation aux activités de mise en place d'un réseau régional de lutte contre le cancer;
- élaboration du Programme de lutte contre le cancer.

À l'issue de ces visites, le Groupe conseil a recommandé la mise en place de certains éléments. Au cours des derniers mois, les équipes locales ont travaillé à l'actualisation des recommandations du Groupe conseil conditionnelles à la désignation d'« équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer avec mandat local ». Les cinq CSSS concernés ont déposé leur plan local de lutte contre le cancer ainsi que le bilan de leurs réalisations.

Parallèlement aux travaux locaux, la région se mobilise afin de mettre en place un réseau régional de lutte contre le cancer. Le partage des responsabilités entre les instances locales, régionales et suprarégionales en oncologie permet de tisser les liens entre les différentes équipes afin d'offrir les soins et services requis. L'accessibilité, la continuité et la qualité dans tout le continuum de soins en oncologie demeurent une priorité locale et régionale.

Pharmacie

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'offre de service locale et régionale, rehausser la qualité et la sécurité du circuit du médicament.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Robotisation des pharmacies			
• Dépôt du plan régional	S.O.	100 %	100 %
• Pourcentage des pharmacies ayant déposé leur plan	S.O.	100 %	100 %

Commentaires

En mai 2007, la région a déposé son Plan régional des services pharmaceutiques 2007-2011 dans lequel des activités de réorganisation du travail, d'acquisition de technologies et de rehaussement du nombre de ressources humaines sont prévues. Ce plan a comme objectif de contrer la pénurie de pharmaciens et d'améliorer la qualité et la sécurité du circuit du médicament. Les six CSSS de la région doivent réviser leur offre de service pharmaceutique sur les plans local et régional. La phase 1 de ce plan est actuellement en cours.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Services d'urgence

Entente de gestion

Objectif de résultats

Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :
- séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins;
- 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Séjour moyen sur civière	10,6	12,0	11,0
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	14,0	12,8	14,4
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	2,4	1,0	2,8
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	4,4	2,1	5,3

Commentaires

Les résultats obtenus par le CSSS de la Vallée-de-l'Or se sont détériorés si on les compare à l'année 2006-2007 et ont un impact important sur les résultats régionaux 2007-2008. En effet, seule la cible concernant la durée moyenne de séjour est atteinte et est moindre que la norme de douze heures fixée par le MSSS.

Le CSSS de la Vallée-de-l'Or a déposé, suite aux recommandations identifiées dans le rapport du Comité de coordination nationale des urgences (CCNU), un plan d'action afin d'améliorer la situation de son urgence. L'Agence fait un suivi régulier sur l'évolution des démarches en cours pour réduire le nombre de cas de plus de 48 heures sur civière à l'urgence ainsi que les durées moyennes de séjour.

Le portait de l'évolution des patients sur civières sur les cinq dernières années démontre une pression croissante sur le CSSS de Rouyn-Noranda et celui des Eskers de l'Abitibi, provenant de la population de 75 ans et plus. Malgré tout, ces deux établissements ont réussi à diminuer la durée moyenne de séjour en hospitalisation. Au CSSS de la Vallée-de-l'Or, moins de patients sont hospitalisés, mais la durée de séjour dans les lits de courte durée a augmenté de façon significative. Le nombre de patients en attente d'hébergement en CHSLD se maintient autour de dix-neuf patients. L'ouverture de six lits de soins post-hospitaliers en janvier 2008 est une des solutions mises en place pour libérer des lits de courte durée.

	% Variation sur 5 ans du nombre de patients sur civière				% Variation sur 5 ans du nombre de patients hospitalisés				% Variation sur 5 ans de la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés			
	Région	Rouyn-Noranda	Amos	Val-d'Or	Région	Rouyn-Noranda	Amos	Val-d'Or	Région	Rouyn-Noranda	Amos	Val-d'Or
Toute clientèle	+1,6	+8,7	+0,7	-6,2	-9,0	-7,4	-5,1	-14,8	+10,0	-4,6	-5,5	+25,2
75 ans	+9,5	+15,5	+13	-3,6	0	+0,7	+6,3	-7,1	+13,8	13,4	-5,2	+34,5

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Soins palliatifs

Entente de gestion

Objectif de résultats

Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	358	384	382
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	15,9	15,5	15,3

Commentaires

La cible régionale concernant l'intensité de services est atteinte. Cependant, on observe beaucoup de variabilité intraterritoriale. Seuls deux CSSS ont atteint le niveau d'intensité désiré. Ceci a été porté à l'attention des CSSS les plus critiques au cours des derniers mois. L'offre de service (accessibilité, horaire et disponibilité des intervenants) ainsi que la possibilité d'erreurs de codification sont à réévaluer et peuvent expliquer les écarts.

La cible régionale concernant le nombre de patients rejoints est atteinte. Seul le CSSS Les Eskers de l'Abitibi ne rejoint pas toute la clientèle visée. L'offre de service (accessibilité, horaire et disponibilité des intervenants) ainsi que la possibilité d'erreurs de codification sont à réévaluer et peuvent expliquer les écarts. Notons que le résultat régional exclut la production d'un CSSS à la période 13 qui a eu des problèmes de transfert de données. Le nombre de personnes rejointes est donc 389.

Soins palliatifs – Agrément des maisons

Attente administrative

Objectif de résultats

Évaluer les demandes d'agrément des trois maisons de soins palliatifs en Abitibi-Témiscamingue afin de recommander au ministre de la Santé et des Services sociaux leur agrément, en vertu de l'article 454 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS).

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Maison de soins palliatifs de Rouyn-Noranda	S.O.	39 conditions d'agrément	39 conditions atteintes
Maison de la Source Gabriel Inc.	S.O.	39 conditions d'agrément	39 conditions atteintes
Maison du Bouleau blanc	S.O.	26 conditions d'agrément	26 conditions atteintes

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Commentaires

L'Agence a recommandé au MSSS d'agréer la Maison de soins palliatifs de Rouyn-Noranda ainsi que la Maison de la Source Gabriel Inc., et ce, jusqu'au 31 mars 2012, en vertu de l'article 454 de la LSSSS. Celles-ci ont rempli l'ensemble des 39 conditions de l'agrément (conditions préalables et conditions de maintien).

Aussi, l'Agence a recommandé au ministre de la Santé et des Services sociaux d'agréer la Maison du Bouleau blanc en vertu de l'article 454 de la LSSSS. Cet établissement a rempli les 26 conditions préalables à l'agrément. Toutefois, les responsables de la Maison du Bouleau blanc ont été avisés qu'ils avaient jusqu'au 31 mars 2010 (ou avant, à leur demande) pour démontrer que la maison remplit les conditions de maintien de l'agrément. Une évaluation de l'Agence aura lieu à ce moment afin de recommander ou non le maintien de son agrément au terme de ces deux années.

La démarche prévoit qu'à la suite du premier agrément accordé, une entente de services entre le CSSS et la maison de soins palliatifs doit être convenue.

Par ailleurs, l'Agence s'engage, par des mécanismes de reddition de comptes dans une entente de financement, à s'assurer que les maisons de soins palliatifs de sa région continuent de répondre à l'ensemble des critères.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Santé publique

Habitudes de vie et maladies chroniques - Dépistage du cancer du sein

Entente de gestion

Objectif de résultats

Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Taux de participation au PQDCS	62,12 %	64,90 %	64,70 %

Commentaires

Il y a eu une nette augmentation du taux de participation. La région a pratiquement atteint l'objectif 2007-2008, soit 64,7 %. La région se situe bien au-delà de la moyenne provinciale qui est de 53,1 %.

Deux territoires demeurent dépendants de la visite de la Clinique ambulatoire de radiologie (CLARA) dont la disponibilité est limitée. L'un de ces territoires est en attente d'une réponse du MSSS pour retrouver son accréditation d'ici juin 2008.

L'amélioration est le résultat de plusieurs activités visant la promotion du PQDCS en région et des efforts des établissements afin de réduire les délais pour obtenir un rendez-vous à l'examen de dépistage.

Note : Les résultats 2007-2008 sont établis au 31 décembre 2007.

Prévention des maladies chroniques

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Identification d'une équipe locale dédiée à la promotion de saines habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques (alimentation, activités physiques, non-usage du tabac). Cette équipe s'arrimera au continuum de services.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Équipe dédiée à la promotion de saines habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques	S.O.	6/6	6/6
Programme 0-5-30 combinaison prévention implanté dans au moins un milieu par territoire de CSSS (école, entreprise, municipalité)	S.O.	Intervention implantée dans au moins un milieu par territoire	Intervention implantée dans au moins un milieu par territoire
Usagers rejoints par les centres d'abandon du tabac (CAs)	110 usagers rejoints individuellement 63 vus en groupe	Maintien des résultats de 2006-2007	87 usagers rejoints individuellement 49 vus en groupe

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Commentaires

La cible est atteinte dans chacun des CSSS concernant la mise en place d'une équipe dédiée à la promotion de saines habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques. Par contre, la composition de ces équipes est variable et à compléter, notamment par l'intégration ou par l'augmentation des effectifs de chacune des expertises souhaitées (alimentation, activité physique, tabagisme).

La consolidation financière dans le Programme intégré de prévention des maladies chroniques en Abitibi-Témiscamingue a permis de poursuivre la mise en place des équipes dédiées à la promotion-prévention puisqu'il était suggéré que 50 % des 750 000 $ investis cette année y soient alloués.

Une formation de base, telle que prévu au plan de formation initial du programme 0-5-30, a rejoint 44 intervenants du CSSS de la Vallée-de-l'Or et neuf intervenants du CSSS de Rouyn-Noranda. En outre, des intervenants de tous les CSSS de la région ont participé à la formation *Choisir de maigrir* et chacun s'est engagé à démarrer un groupe au cours de la prochaine année. Un CSSS a débuté les rencontres en mars 2008 et la mise en place du service est prévue en septembre 2008 pour la plupart des autres CSSS.

Des activités en lien avec le programme 0-5-30 ont eu lieu dans chacun des milieux visés. Cependant, deux territoires ont appliqué le programme dans l'ensemble des milieux, soit les écoles, les entreprises et les municipalités. On note qu'un CSSS a développé de façon accentuée les interventions en entreprise.

Pour les CAT, la cible n'est pas atteinte dans l'ensemble de la région : un des territoires a eu des difficultés de recrutement, ce qui explique en partie la baisse. Le mandat des intervenants des CAT est maintenant élargi afin d'inclure un volet « promotion-prévention ». L'arrimage des intervenants des CAT, comme porteurs de l'expertise tabagisme, avec l'équipe dédiée 0-5-30, a été grandement facilité par la mise en place du programme sur les plans régional et local. L'approche École en santé a également facilité l'intégration des intervenants des CAT en milieu scolaire.

Dans un souci d'équité intrarégionale, l'Agence a révisé les critères d'allocation du budget des CAT de la région. Les six CSSS se partagent maintenant un budget récurrent de 76 000 $.

La région s'est démarquée encore cette année en se classant parmi les trois premières régions au Québec pour sa participation au Défi J'Arrête, J'y Gagne ainsi qu'au Défi Santé 5/30. Les intervenants des CSSS et de la DSP ont activement participé à la promotion de ces deux campagnes.

Jeunes et famille – Animation de jeunes en milieu rural

Préoccupation régionale

Objectifs de résultats

Soutenir les 48 locaux de jeunes en milieu rural dans le but d'aider à la consolidation de la mesure en 2008-2009 et favoriser le développement de projets en alimentation et en activité physique dans le cadre de Québec en forme pour l'année 2009-2010.

Développer un partenariat financier plus stable en vue d'assurer la pérennité de l'animation des jeunes en milieu rural.

INDICATEURS	*Résultats 2005-2006*	*Cibles 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
Maintien du nombre de territoires participant à l'entente de concertation concernant l'animation des jeunes en milieu rural	5/6	5/6	5/6
Soutien financier dans le développement de projets en alimentation et en activité physique dans le cadre de Québec en forme	S.O.	Soutien financier transitoire	Soutien financier transitoire accordé par l'Agence

Commentaires

L'entente de concertation régionale *Jeunes en milieu rural* conclue il y a trois ans entre l'Agence représentant les six CSSS de la région, et onze partenaires provenant de cinq territoires de la région arrive à échéance en octobre 2008. L'entente avait pour objet d'associer les parties à la mise en place, au développement, à l'animation et à la consolidation des comités et des locaux de jeunes en milieu rural de l'Abitibi-Témiscamingue (JMRAT). Cette mesure s'adresse plus particulièrement aux jeunes de 12 à 17 ans.

Le modèle d'intervention développé dans le cadre de l'animation jeunesse en milieu rural est novateur et présente une formule tout à fait adaptée aux régions rurales. Cette mesure vise l'acquisition par les jeunes d'habiletés individuelles et sociales (mode de vie sain, développement de l'estime de soi et de l'autonomie, habiletés au travail d'équipe).

Présentement, les activités réalisées dans les locaux de jeunes en milieu rural touchent de façon limitée l'alimentation et l'activité physique. Dans le cadre du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (PAG), volet 1 du *Fonds de promotion des saines habitudes de vie* vise à soutenir les projets de mobilisation des communautés locales s'articulant autour de la saine alimentation et du mode de vie physiquement actif chez les 0 à 17 ans.

En mars 2008, l'Agence a alloué un financement non récurrent de 199 968 $ aux 48 locaux de jeunes dans le but d'aider à la consolidation de la mesure en 2008-2009 et de favoriser le développement de projets en alimentation et en activité physique. Ceci, afin de présenter des projets en lien avec le PAG et ainsi bénéficier d'un soutien financier à partir du *Fonds de promotion des saines habitudes de vie*.

Jeunes et famille – École en santé

Attente administrative

Objectif de résultats

Rendre accessible dans les milieux scolaires des territoires de CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue une intervention globale et concertée.

INDICATEURS	*Résultats 2005-2006*	*Cibles 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
Nombre d'écoles ayant une approche intégrée en promotion et prévention	53/69 écoles (soit 83 sites)	Consolider l'implantation de l'approche au sein des écoles	36/36 écoles de 3 commissions scolaires 20/33 écoles de 2 commissions scolaires Totalisant 79 % d'écoles et 79 % de la population étudiante
Nombre de rencontres de perfectionnement et de suivi pour renforcer l'implantation de l'approche École en santé auprès des écoles engagées	1 rencontre de perfectionnement 2 rencontres de suivi	2 sessions de perfectionnement aux intervenants Revoir le plan de déploiement dans chaque territoire	1 session de perfectionnement offerte aux 14 intervenants privés Tenue de rencontres avec les responsables des deux réseaux
Nombre de rencontres auprès du personnel concerné (intervenants, privés)	1 rencontre régionale	Maintien des rencontres régionales pour les intervenants privés	1 rencontre régionale

INDICATEURS	*Résultats 2005-2006*	*Cibles 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
Participation du personnel des secteurs de la santé et des services sociaux et de l'éducation aux activités de sensibilisation et de formation	Tenue de journées de sensibilisation dans 3 territoires	Perfectionnement à réaliser dans chaque territoire	Tenue de sessions de perfectionnement auprès des directions d'établissement dans 2 territoires

Commentaires

Le MSSS retient comme activité l'élaboration et l'implantation d'une intervention globale et concertée pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'adaptation sociale, et ce, en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires.

Par cette approche globale qui fait la promotion des comportements favorisant la santé et le bien-être des enfants et des adolescents (le non-usage du tabac, la lutte à la sédentarité, les rapports égalitaires, l'hygiène dentaire et autres), on vise à prévenir différents problèmes d'adaptation sociale (toxicomanie, suicide, violence et autres).

Maladies infectieuses - Protection – Infections transmissibles sexuellement et par le sang

Entente de gestion

Objectif de résultats

Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les SIDEP dans les lieux où sont situés les SIDEP (CSSS mission CLSC)	Nouveau	522	551
Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	196	215	262

Commentaires

Les cibles sont atteintes pour les deux indicateurs. Les services étaient en place dans cinq des six territoires de CSSS. Le dernier CSSS aura des services fonctionnels en 2008-2009.

Maladies infectieuses – Immunisation

Attente administrative

Objectifs de résultats

Évaluer les retards de vaccination à 2 mois et à 1 an.

Réduire les retards de vaccination afin que les enfants puissent bénéficier d'une protection optimale.

Augmenter la couverture vaccinale contre l'influenza chez les travailleurs de la santé.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Pourcentage d'enfants ayant reçu en CSSS leur 1re dose de vaccin DCaT-Polio-Hib (Pentacel à 2 mois) à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du PIQ	69,31 %	90 %	66,79 %
Pourcentage d'enfants ayant reçu en CSSS leur 1re dose de vaccin pneumococique (Prevnar à 2 mois) à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du PIQ	69,86 %	90 %	66,75 %
Pourcentage d'enfants ayant reçu en CSSS leur 1re dose de vaccin méningococique sérogroupe C (à 1 an) à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du PIQ	50,77 %	90 %	54,31 %
Pourcentage d'employés qui ont reçu le vaccin contre l'influenza	61,32 %	80 % Cible ministérielle	63,91 %

Commentaires

Vaccination à 2 mois et 1 an : Aucun CSSS n'a atteint la cible visée. Une légère baisse des pourcentages est observée pour l'ensemble de la région en comparaison avec 2006-2007, pour les vaccins Pentacel et Prevnar. Cependant, une hausse de 3,54 % est inscrite pour le vaccin méningococique. Malgré cette amélioration, seulement 54,31 % des enfants de l'Abitibi-Témiscamingue ont reçu en 2007-2008 le vaccin méningococique dans le délai d'une semaine.

Plusieurs CSSS ont manifesté leur préoccupation face au délai de vaccination et mis en application des stratégies dans leur milieu afin d'améliorer la situation et on a pu observer des améliorations au cours des dernières périodes de l'année. Toutefois, pour certains CSSS, les efforts n'ont pas eu les effets escomptés. Il faut se questionner et revoir les différentes stratégies qui peuvent contribuer à faire diminuer les délais, soit les injections multiples, la flexibilité des plages horaires, le système de relance, etc.

Vaccination influenza chez les travailleurs de la santé : L'objectif de 80 % fixé par le MSSS n'est pas atteint en région. Les CSSS doivent poursuivre leurs efforts, mettre en œuvre de nouvelles stratégies et maintenir celles qui fonctionnent dans leur milieu afin d'augmenter la réponse des travailleurs de la santé. Nous remarquons que lorsque le milieu est mobilisé et que certaines activités de promotion sont mises en place dans les établissements, il y a augmentation de la couverture vaccinale. Toutefois, les activités de promotion doivent être continuelles sinon les taux de couverture diminuent.

Un CSSS sur six a atteint la cible avec un taux de 85,9 %.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Prévention et contrôle - Infections nosocomiales

Entente de gestion

Objectif de résultats

Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales – CHU SGS	Nouveau	100,00 %	100,00 %
Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales – CHSLD	Nouveau	100,00 %	83,33 %
Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	Nouveau	100,00 %	33,33 %
Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	Nouveau	100,00 %	50,00 %

Commentaires

La cible est atteinte en ce qui a trait au ratio recommandé d'infirmières en prévention des infections en mission centre hospitalier.

Un établissement sur six n'a pas atteint le ratio recommandé d'infirmières en prévention des infections en CHSLD et il s'agit d'une portion de poste temporairement dépourvu de titulaire.

Tous les établissements ont un comité de prévention et de contrôle des infections; toutefois les activités de ces comités ont débuté, pour certains, à l'automne 2007, ce qui ne leur a pas permis de tenir six rencontres (critère utilisé pour juger qu'un comité est fonctionnel).

Trois CSSS sur six ont un programme structuré alors que les trois autres sont en processus pour le concevoir. L'adoption devrait se faire en 2008-2009.

Prévention et contrôle - Infections nosocomiales

Entente de gestion

Objectif de résultats

Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

INDICATEURS		*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité	Repertoire	Nouveau	100,00 %	37,50 %
	Categorisation	Nouveau	100,00 %	0,00 %
	Accord responsable	Nouveau	100,00 %	0,00 %
	Accord au CA	Nouveau	100,00 %	0,00 %
	Designation resp.	Nouveau	100,00 %	6,25 %

Commentaires

La région compte quinze sites et non seize, base sur laquelle les résultats ont été calculés. Ajoutons que ces résultats ne précisent pas les processus en cours, mais font foi des étapes terminées.

À la période 13, la majorité des étapes pour appliquer les lignes directrices sont amorcées. Voici la situation détaillée :

Répertoire : neuf des quinze sites ont répertorié les surfaces alors que les six autres ont amorcé la démarche.

Catégorisation : treize des quinze sites ont amorcé la catégorisation des surfaces alors que deux n'ont pas commencé; les sites « majeurs » ont été choisis en priorité.

Désignation des responsables : un site sur quinze a désigné une personne responsable, deux sont en processus et les douze autres n'ont pas amorcé cette étape.

Ajoutons que le guide sur les zones grises, élaboré par le MSSS pour soutenir les établissements dans cette démarche, n'a été disponible qu'à la fin mars 2008. La région prévoit répondre à l'ensemble des attentes au cours de 2008-2009.

Santé environnementale

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Assurer un soutien d'expertise en santé environnementale.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Avis et soutien d'expertise selon les besoins		Selon les besoins du milieu	Réponses aux besoins

Commentaires

Parmi les multiples activités courantes de l'équipe régionale, certaines ont retenu une attention particulière au cours de l'année, soit pour leur ampleur ou pour leur nouveauté. Voici le résumé des éléments les plus marquants.

- Une gestion provinciale des épisodes de fleurs d'eau de cyanobactéries a été mise en place afin d'assurer une uniformité d'actions entre les régions du Québec. Une campagne d'information et de surveillance a été réalisée en collaboration avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP) et les municipalités affectées.

- Le programme provincial de récupération des seringues usagées a été implanté avec succès dans la région, grâce à la participation soutenue des pharmaciens et des CSSS qui réalisent les activités de distribution de contenants sécuritaires et de récupération des seringues et lancettes usagées. La neutralisation de ces matières est réalisée par le centre hospitalier, ce qui en permet une disposition sécuritaire.

- Un épisode hâtif de chaleur accablante survenu avant la fin des classes a nécessité une intervention concertée des équipes de santé environnementale et de santé au travail dans le milieu scolaire. La plupart des écoles n'ayant pas été conçues pour atténuer les effets de la chaleur et de l'humidité excessive, des recommandations ont été faites aux commissions scolaires afin de prévenir les coups de chaleur chez les élèves et le personnel.

- La communauté algonquine de Kitcisakik souhaite améliorer ses conditions de vie. Parmi les nombreuses activités nécessaires au processus global d'évaluation de la santé de cette communauté, l'évaluation des conditions de la salubrité générale des habitations et des installations sanitaires en place a été produite et quelques recommandations ont été faites.

- Un important projet d'exploitation minière au cœur de la ville de Malartic est soumis au processus provincial d'évaluation environnementale. La DSP participe aux rencontres publiques concernant les impacts potentiels des activités minières sur la communauté et sur l'environnement. La mise en exploitation de ce gisement d'or nécessitera une relocalisation de quelques établissements publics et de centaines de citoyens.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Surveillance de l'état de santé

En matière de surveillance générale, l'année 2007-2008 a été marquée par :

- la diffusion d'un portrait de santé sur les hommes de la région;
- la réalisation d'un portrait de santé sur les aînés. Dans ce cas, cela faisait suite à une demande de la Direction générale adjointe dans le cadre du Plan d'action pour faire face au vieillissement de la population.

Notons que ces deux documents comportent essentiellement des données régionales et provinciales.

Par ailleurs, l'équipe a planifié et révisé le contenu du Tableau de bord édition 2008 qui comprendra une centaine d'indicateurs sociosanitaires en lien avec les déterminants de l'état de santé et l'état de santé de la population, pour chacun des territoires des CSSS de la région, l'Abitibi-Témiscamingue et l'ensemble du Québec. Ce document sera diffusé durant l'année 2008-2009.

Pour ce qui est de la surveillance spécifique, c'est-à-dire abordant des thèmes particuliers, deux fascicules ont été diffusés en 2007-2008 :

- l'un portant sur les hospitalisations et les décès associés aux accidents de la route;
- l'autre traitant des hospitalisations et des décès associés aux chutes accidentelles.

Enfin, un troisième fascicule a été réalisé et publié. Il portait sur les caractéristiques des nouveau-nés (ex. : prématurité, bébés de petit poids, etc.) et de leurs parents (ex. : âge des parents, niveau de scolarité de la mère, etc.). Précisons ici que ces fascicules comportaient de nombreuses données provinciales, régionales et par territoire de CSSS, dans le but de soutenir et d'alimenter en information les intervenants du réseau ou de l'intersectoriel aux prises avec ces clientèles ou ces problématiques.

Enfin, afin de mieux cerner les besoins en information du personnel de l'Agence, du réseau de la santé et des services sociaux et de plusieurs partenaires intersectoriels, l'équipe a procédé à un sondage auprès des personnes à qui sont envoyées les productions de l'équipe surveillance. Ceci a également permis d'évaluer le degré de satisfaction et les améliorations ou modifications à apporter aux productions de l'équipe.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Services généraux

Info-Santé

Entente de gestion

Objectif de résultats

Mise en service du 8-1-1.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Pourcentage d'appels répondus en moins de quatre minutes	78,20 %	78,20 %	60 %

Commentaires

Les résultats de la région se situent au-dessus de ceux de la province (55 %), mais inférieurs à la cible visée pour 2007-2008. L'instabilité du système de téléphonie et du système informatique explique la plus grande partie de la baisse. D'autre part, étant donné la pénurie d'infirmières qui sévit aussi dans notre région, la Centrale n'a fonctionné qu'avec 80 % des effectifs requis. Enfin, l'adaptation au nouvel environnement informatique et téléphonique du système Info-Santé peut avoir eu un impact sur la performance du service.

Services infirmiers et psychosociaux généraux

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	1 933	1 933	1 946
Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	4,1	4,1	3,9

Commentaires

Pour le premier indicateur, le seuil est atteint. Globalement, environ 1,37 % de la population totale est rejointe, ce qui est plus élevé que la moyenne provinciale de 0,8 %.

Les résultats n'incluent toutefois pas les usagers desservis dans le cadre d'une série de rencontres en groupe. Ce type d'intervention est privilégié dans cinq CSSS de la région pour un total de dix-sept groupes.

Pour le deuxième indicateur, les résultats indiquent que la moyenne régionale se situe à 3,94 interventions par usager pour 2007-2008, alors que la moyenne provinciale est de 3,68. La cible régionale n'est pas atteinte, mais le seuil pour 2007-2008 (3,86) est atteint. On observe toutefois que les résultats varient d'un territoire à l'autre.

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Violence

Attente administrative

Objectifs de résultats

Développer, mettre à jour et diffuser des outils destinés aux médias pour les sensibiliser à leur rôle dans le traitement des événements liés à la violence conjugale.

Inclure des activités de prévention de la violence conjugale dans le cadre des services globaux et intégrés de promotion et de prévention.

Développer les habiletés des intervenantes et intervenants à déceler, de façon précoce, les signes de violence conjugale et à détecter, chez les enfants, les signes d'exposition à cette violence tout en veillant à assurer un suivi adéquat.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de médias sensibilisés à la trousse média de l'Institut national de santé publique (INSPQ)	S.O.	Informer les médias de l'existence de la trousse média	Envoi à tous les médias régionaux de la trousse média
Tournée régionale de la pièce *La petite voix*	S.O.	Présentation de la pièce *La petite voix* dans les 5 commissions scolaires de la région	7 représentations de la pièce dans la région dont au moins une par commission scolaire
Personnel des CSSS formé en « Identification précoce de la violence conjugale »		Former des formatrices régionales	Présence de deux équipes de formatrices sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue

Commentaires

En 2008-2009, une activité d'appropriation de la trousse média devrait être effectuée avec les médias.

La pièce de théâtre présentée dans les écoles secondaires, surtout en secondaire II et en secondaire III, a permis de sensibiliser les jeunes à la présence de la violence dans les relations amoureuses.

Les personnes formées en identification précoce de la violence auront la responsabilité de former leurs pairs au cours de la prochaine année.

Violence

Attente administrative

Objectif de résultats

Consolider la concertation intersectorielle régionale.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Coordination de la Table régionale de concertation en matière de violence faite aux femmes	4 rencontres/an	Maintien des rencontres de la Table régionale	5 rencontres de la Table régionale

Commentaires

Les travaux de concertation se sont poursuivis et ont permis l'organisation d'un colloque régional sur la violence faite aux femmes qui se tiendra en mai 2008. Outre les rencontres régulières de la table, la préparation du colloque a nécessité la tenue de huit rencontres.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Programmes de Soutien

Administration et soutien aux services

Équilibre budgétaire

Entente de gestion

Objectif de résultats

S'assurer l'équilibre budgétaire des établissements du réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Agence.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007* [a]	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008* [b]
Évolution de la situation financière des établissements par rapport à l'année précédente	1 178 398 $	0 $	2 528 628 $
Évolution de la situation financière de l'Agence	79 862 $	0 $	85 444 $

Commentaires

En 2007-2008, un seul établissement présente un déficit de l'ordre de 340 564 $ et planifie un retour à l'équilibre budgétaire en 2008-2009.

La bonne situation financière des établissements est due à l'effort constant des gestionnaires du réseau régional.

a. Après analyse financière 2006-2007.
b. Selon le rapport financier annuel vérifié au 31 mars 2008.

Formation en lien avec la *Loi sur la protection de la jeunesse*

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer un suivi des activités de formation concernant les changements à la Loi sur la protection de la jeunesse.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre d'intervenants ayant reçu la formation de deux jours	19	Intervenants du CJAT et ceux concernés des CSSS	252

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Commentaires

La formation amorcée en 2007-2008 s'est poursuivie et a rejoint 198 intervenants du CJAT et 54 intervenants du programme jeunes en difficulté des CSSS; cela s'est réalisé par le biais de l'organisation de douze groupes.

Quatorze journées de sensibilisation s'adressant aux autres intervenants des CSSS ainsi qu'à ceux des centres de réadaptation, du milieu scolaire et des organismes communautaires ont aussi rejoints 687 personnes par le biais de 14 journées.

Par ailleurs, le Programme national de formation (PNF) s'est poursuivi : 1002 jours de formation ont été donnés aux gestionnaires et 748 aux intervenants.

Infirmière praticienne spécialisée de première ligne

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Intégration du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée de première ligne.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Débuter une démarche sur l'intégration du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée de première ligne	S.O.	Élaboration d'un plan d'action	Plan d'action élaboré

Commentaires

Un membre de l'UQAT, un médecin du DRMG, deux DSI de CSSS et une DGA d'un CSSS ainsi que des représentants de l'Agence constituent le comité de travail sur l'intégration du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée de première ligne. Le mandat est d'introduire un nouveau type de professionnels dans l'offre de service de l'Abitibi-Témiscamingue. Les DG et les directrices de soins infirmiers (DSI) sont constamment sollicités dans le processus.

Personnel du réseau

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer la gestion de la présence au travail.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	7,10 %	6,91 %	6,29 %

Commentaires

La cible 2007-2008 est atteinte. Cinq CSSS sur six ont fortement amélioré leur résultat, ce qui a contribué à l'atteinte de la cible régionale. Le résultat 2007-2008 inscrit est celui de la période 12, celui de la période 13 est de 6,23 %.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Planification de la main-d'œuvre

Attente administrative

Objectif de résultats

Produire un portrait régional de la main-d'œuvre.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Tableau de la situation des établissements en matière de planification de la main-d'œuvre	10 établissements	10 établissements	10 établissements

Commentaires

Le portrait présente la situation des établissements en termes de pénuries, une projection des départs à la retraite pour les trois prochaines années et les impacts de la main-d'œuvre sur le développement des services.

Planification de la main-d'œuvre

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Produire un inventaire régional de la main-d'oeuvre.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Portrait annuel détaillé de la main-d'œuvre selon le modèle prescrit à l'aide de l'outil 123 go! - PMO	10 établissements	10 établissements	10 établissements

Commentaires

Le portrait régional a été produit à l'automne 2007 et les résultats ont été diffusés aux directeurs généraux et aux responsables des ressources humaines.

Pour la première fois, un comparatif des données a été fait avec l'année 2004 afin de suivre l'évolution de la main-d'œuvre.

Recrutement de la main-d'œuvre

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Améliorer la planification et la coordination de la formation pratique (stage).

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre d'établissements qui se sont engagés dans l'implantation de l'entente de collaboration avec les institutions d'enseignement de la région (stages en social)	9 établissements	10 établissements	9 établissements

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre d'établissements qui se sont engagés dans l'implantation de l'entente de collaboration avec les institutions d'enseignement de la région (stages en soins infirmiers)	5 établissements	6 établissements	5 établissements

Commentaires

Une première sensibilisation a été faite auprès des directeurs généraux, des directeurs des ressources humaines et des membres des comités de stages concernant le développement de la culture de stages.

Volet social : Malgré qu'il y ait un calendrier de placement des stages, les établissements doivent s'approprier les différents processus reliés au placement afin d'en améliorer l'efficacité.

Volet soins infirmiers : Une sensibilisation des différents calendriers de placement selon les titres d'emplois a été faite aux membres. Face au volume de stages, une meilleure coordination et une répartition des stagiaires sont les principaux sujets à travailler.

Recrutement de la main-d'œuvre

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Contribuer au recrutement, à la rétention et au maintien du personnel du réseau.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Participation à des salons de l'emploi selon le calendrier des événements	9 salons de l'emploi	10 salons de l'emploi	13 salons de l'emploi
Plan de communication sur le recrutement régional	Ébauche d'un plan de communication	Élaboration du plan de communication	Plan de communication élaboré

Commentaires

Certains établissements ont participé à treize salons de l'emploi et à des journées de carrière avec l'agente de liaison du Centre ressources jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CRJ). Le choix des activités a été fait à l'aide de la liste des besoins de main-d'œuvre fournie par les établissements.

Pour ce qui est du plan de communication sur le recrutement régional, un premier livrable a été fait en améliorant la brochure, le kiosque et la création d'un site Web sur le recrutement. Le thème *Ça prend du panache pour travailler en Abitibi-Témiscamingue* a du succès auprès des jeunes. Une conférence de presse à l'automne 2007 a eu lieu ainsi qu'un colloque réunissant les différents acteurs des milieux des carrefours emplois, des centres locaux d'emploi et les établissements pour améliorer les façons de faire.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Recrutement et rétention des cadres

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Le développement des compétences des cadres.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Implanter le Programme régional de coaching à l'intention des cadres	S.O.	Élaboration du Programme régional de coaching	Programme régional élaboré

Commentaires

À la suite des travaux du comité de développement du personnel d'encadrement (CDPE), une vaste consultation a été faite auprès des membres de l'Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGÉSSS), des directeurs généraux et des directeurs des ressources humaines à l'automne 2007 et à l'hiver 2008. Un des objectifs du programme est de constituer une banque de *coachs* issue de personnes retraitées du réseau, de cadres du réseau et de consultants externes, pour ensuite les former. Le repérage des *coachs* se terminera en mai 2008. Les projets de *coaching* devraient débuter à l'hiver 2009. L'UQAT participe activement aux différentes étapes du processus d'implantation.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Ressources informationnelles

Plan directeur régional en ressources informationnelles

Attente administrative

Objectif de résultats

Actualiser le Plan directeur régional des ressources informationnelles (PDRRI) et mettre en œuvre divers projets de développement ayant été priorisés par l'Agence et les établissements de la région.

INDICATEURS	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Dossier de santé du Québec (DSQ)	S.O.	Sensibilisation et qualification régionale complétées	Qualification de la région
PACS – Imagerie diagnostique. Réaliser la planification des travaux de déploiement du PACS et du système de dictée numérique en vue d'un démarrage en 2008-2009		Engagement de tous les CSSS de la région	Engagement de tous les CSSS de la région
Proportion des GMF informatisés et disposant de toutes les fonctionnalités prévues	2/4	4/4	2/4
Débuter la mise en place d'un service d'Index patient maître par CSSS	En respect des échéanciers du MSSS	En respect des échéanciers du MSSS	En respect des échéanciers du MSSS
Implanter les systèmes d'information et de gestion des départements d'urgence (SIGDU)	1/6	6/6	5/6
État d'avancement des travaux quant à la mise en application du Cadre global de gestion des actifs informationnels – volet sécurité	Étape 1 (11/11) Étape 2 (10/11) Étape 3 (5/11) Étape 4 (3/11) Étape 5 (0/11)	Étapes 1 à 5 complétées au 31 mars 2008	En attente du logiciel SAGES pour compléter les étapes 4 et 5
Modernisation RTSS (MPLS) – Déploiement		Tous les sites complétés au 31 mars 2008	En respect du calendrier de GTQ
Modernisation RTSS (MPLS) – Formulaires d'attestation de conformité		Tous les formulaires complétés au 31 mars 2008	9/11formulaires complétés
Modernisation RTSS (MPLS) – Audits des salles de télécommunications		Tous les audits complétés au 31 mars 2008	11/11 audits complétés
Med-Écho - Migration de 3M vers Logibec		6/6 CSSS	6/6 CSSS

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Commentaires

Une mise à jour du Plan directeur régional des ressources informationnelles (PDRRI) a été amorcée en 2006-2007. Cette révision du PDRRI se poursuivra en 2008-2009 de manière à y intégrer tous les projets du Dossier de santé du Québec.

Dossier de santé du Québec : En 2007-2008, la région s'est formellement engagée dans la démarche de planification du DSQ, notamment en complétant son processus de qualification auprès du MSSS et par une résolution d'appui au projet par le conseil d'administration de l'Agence. Les travaux se poursuivront en 2008-2009 avec la réalisation d'un manuel d'organisation de projet et la formation des équipes régionales et locales de projet.

PACS : Les travaux de planification du déploiement de PACS ont été réalisés avec le RUIS McGill et l'équipe DSQ.

Informatisation des GMF : Tous les GMF du territoire sont accompagnés par l'Agence et le Technocentre régional (TCR) sur le plan du processus d'informatisation. Cependant, l'accès aux résultats de laboratoires via Medi-Résult n'a pu être complété aux GMF Les Eskers d'Amos et GMF de la Vallée-de-l'Or. Afin de mieux répondre aux besoins des GMF de la région, l'Agence évaluera en 2008-2009 des scénarios alternatifs d'accès aux résultats. Un nouveau GMF à Rouyn-Noranda a été accrédité en 2007-2008 et fût accompagné sur le plan du processus d'informatisation. Ce GMF regroupera six cliniques et représentera un défi intéressant en matière d'harmonisation des pratiques et des systèmes d'information. D'autres besoins se sont faits sentir tout au long de l'année dans les GMF de la région, notamment la nécessité de fournir les résultats de laboratoire de manière plus conviviale aux GMF. Des travaux ont été entrepris avec les fournisseurs impliqués afin de faciliter l'accès aux dossiers patients par les médecins de famille. Des solutions concrètes devraient être mises en place à compter de 2008-2009.

Index patient maître : La région s'inscrit dans la démarche provinciale concernant l'index patient maître (IPM CSSS) en respect des échéanciers prévus par le MSSS. L'équipe régionale de projet pourra compter sur les services d'une archiviste médicale, mandatée spécifiquement pour accompagner les établissements dans cette démarche en 2008-2009, dans le cadre des travaux DSQ. Ajoutons que le projet RLS accepté en 2004-2005, soit l'implantation d'un index admission départ transfert (ADT: Médipatient+), a été complété en 2007-2008 et la réclamation finale et complète a été acheminée au MSSS, de même que le bilan de projet.

Informatisation des urgences : Les démarrages Med-Urge ont été complétés par tous les CSSS de la région au 31 mars 2008, à l'exception du CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa dont le déploiement a été repoussé à sa demande à l'automne 2008. Le branchement au noyau fonctionnel est prévu au cours des premiers mois de 2008-2009.

Concernant les systèmes d'information et de gestion des départements d'urgence (SIGDU), ils ont été déployés dans quatre CSSS de la région à l'hiver 2008, soit le CSSS des Aurores-Boréales, le CSSS du Lac-Témiscamingue, le CSSS de Rouyn-Noranda et finalement, le CSSS Les Eskers de l'Abitibi. Le système du CSSS de la Vallée-de-l'Or, qui possède déjà Med-Urge depuis plusieurs années, sera quant à lui rehaussé en juin 2008. Enfin, le CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa implantera Med-Urge à l'automne 2008. Dans tous les cas, des travaux doivent être complétés au Technocentre régional afin d'installer le noyau fonctionnel permettant d'acheminer les données au Ministère et à l'Agence. L'implantation de ce système sera complétée dans tous les CSSS de la région en 2008-2009.

Cadre global de gestion des actifs informationnels : Deux établissements de la région ont remis leur formulaire d'attestation de conformité à l'Agence après le 31 mars 2008, ce qui n'a toutefois eu aucun impact quant à la réalisation de l'audit et au déploiement par le GTQ.

En ce qui concerne le Cadre global de gestion des actifs informationnels (CGGAI), des audits ont été réalisés sur le terrain en matière de sécurisation des salles de télécommunication et des salles de serveurs, dans le cade de la modernisation RTSS et de la venue du PACS. Ces audits auront permis d'accroître significativement la sécurité de nos actifs informationnels régionaux, de manière très pragmatique. Par ailleurs, les établissements de la région ont relevé la nécessité de pouvoir utiliser l'application provinciale SAGES de manière à compléter efficacement les travaux de catégorisation des actifs informationnels, d'analyse de risques et de rédaction de leur plan directeur en sécurité. Dans la mesure où l'application SAGES sera fonctionnelle, des formations seront prévues rapidement en 2008-2009 afin de compléter la démarche. Finalement, le lancement prévu d'une communauté de pratique en matière de gestion de la sécurité (portail Sécuri-Santé) répondra également à une demande récurrente de la région en matière de support à la documentation et de bonnes pratiques de gestion de la sécurité.

Modernisation du RTSS : Les travaux de modernisation du RTSS se sont bien déroulés, en conformité avec le calendrier provincial. Les audits de salles de télécommunication ont été réalisés très promptement en Abitibi-Témiscamingue, ce qui aura permis d'identifier rapidement les non-conformités mineures et d'apporter les correctifs appropriés. Des dossiers d'audit complets ont été réalisés par le TCR qui s'est également assuré d'obtenir tous les formulaires d'attestation de conformité dans un délai raisonnable afin de ne pas retarder le déploiement régional.

Med-Écho : La migration Med-Écho avec Logibec s'est amorcée en février 2008 et devait être complètement réalisée en mai 2008 pour tous les CSSS de la région.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Gestion des bâtiments et des équipements

Économie d'énergie

Entente de gestion

Objectif de résultats

Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction du taux de dépenses en administration et en soutien aux services et la réduction de la consommation d'énergie.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Consommation en giga joules par mètre carré	1,41	1,37	1,43

Commentaires

Malgré une hausse de 1,4 % de la consommation, la région a toujours une position enviable à 22 % sous la moyenne provinciale. La hausse est principalement due à l'installation de nouveaux systèmes de climatisation ainsi qu'aux ruptures d'approvisionnement en copeaux de bois pour le chauffage à la biomasse.

Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière

Attente administrative

Objectif de résultats

Préparer et déposer un Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI) pour 2007-2008.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Dépôt des PCFI des dix établissements de la région	100 %	100 %	100 %

Commentaires

L'Agence a reçu et analysé tous les PCFI de la région. Tous les avis de conformité ont été émis aux établissements.

La région a reçu un budget de 6 336 935 $ en maintien des actifs et de 1 891 966 $ en rénovation fonctionnelle excluant le volet CHSLD.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Programmes fonctionnels et techniques

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Analyser et recommander les programmes fonctionnels et techniques (PFT) des établissements concernés.

INDICATEUR	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Analyses et recommandations réalisées	Suivi des processus réalisés	Suivis des processus réalisés	Suivis des processus réalisés

Commentaires

PFT du CSSS de la Vallée-de-l'Or, mission CH site de Malartic : Deux appels d'offre ont été faits afin de respecter le budget global du projet (juin 2007 et décembre 2007). Le 8 février 2008, l'autorisation d'augmentation des dépenses relatives au projet a été reçue du MSSS (augmentation de 13,23 M $ à 13,59 M $) ainsi que les autorisations requises pour la réalisation complète du projet et son financement. Le chantier devrait débuter au printemps 2008.

PFT du CSSS de la Vallée-de-l'Or, mission CHSLD site de Malartic : Un projet d'échange de bâtiment est en préparation entre le CSSS de la Vallée-de-l'Or et la compagnie minière Osisko pour la relocalisation de la clientèle du CHSLD du site de Malartic. La rédaction du PFT, volet clinique, est en cours (le volet financier sera assumé par la compagnie minière).

PFT du CSSS du Lac-Témiscamingue : Un avis favorable du MSSS a été reçu le 11 mars 2008 afin de procéder à la rédaction d'un programme fonctionnel et technique détaillé. La rédaction du PFT détaillé est en cours. Après étude par l'Agence, la transmission au MSSS du PFT devrait s'effectuer au cours de la prochaine année.

PFT du CSSS des Aurores-Boréales, mission CHSLD du site de Macamic : La rédaction du PFT détaillé du CHSLD en est aux ajustements finaux pour transmission au MSSS. Le PFT détaillé et complet devrait être acheminé au MSSS en 2008-2009.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

3 Organismes communautaires subventionnés par l'Agence

3 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR L'AGENCE

LE RESPECT DES RÈGLES ET DES NORMES ÉDICTÉES PAR LE MSSS

L'Agence a subventionné, en 2007-2008, un total de 154 organismes communautaires dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). De ce nombre, 127 organismes communautaires oeuvrant principalement en santé et services sociaux ont été financés en soutien à leur mission globale pour un total de 9 185 019 $, soit une augmentation de 613 455 $ par rapport à 2006-2007.

Les principaux ajouts concernent la consolidation de 23 organismes communautaires grâce à une somme récurrente de l'ordre de 152 000 $ octroyée au PSOC à partir des nouveaux crédits de développement accordés à la région et d'une partie du montant d'indexation destiné au PSOC. Le reste de l'indexation a été versé à l'ensemble des organismes communautaires. S'ajoute à ces montants, la somme de 331 885 $ octroyée aux neuf ressources venant en aide aux femmes victimes de violence.

Au cours de l'année 2007-2008, l'Agence a reconnu un nouvel organisme communautaire, soit l'organisme Diabète de Val-d'Or, et a octroyé un premier financement à l'organisme l'Arc-en-soi de La Sarre.

L'Agence a également investi un total de 2 067 585 $ pour la réalisation d'ententes pour des activités particulières ou des projets ponctuels.

En plus d'assurer le suivi de gestion des organismes communautaires, les activités de l'Agence auprès de ces derniers se résument comme suit :

- évaluation de la réponse des organismes communautaires au regard des activités offertes à la population et du soutien budgétaire accordé;
- création de liens significatifs avec les CSSS;
- poursuite des mécanismes de concertation mis en place avec les organismes communautaires dans le cadre du comité de partenariat.

En conformité avec les critères et les règles établis par le MSSS dans le cadre du PSOC, l'Agence a assuré la vérification des informations devant être fournies à titre de reddition de comptes par les organismes communautaires reconnus en santé et services sociaux.

LE COMITÉ DE PARTENARIAT

Le comité de partenariat s'est réuni à quatre reprises.

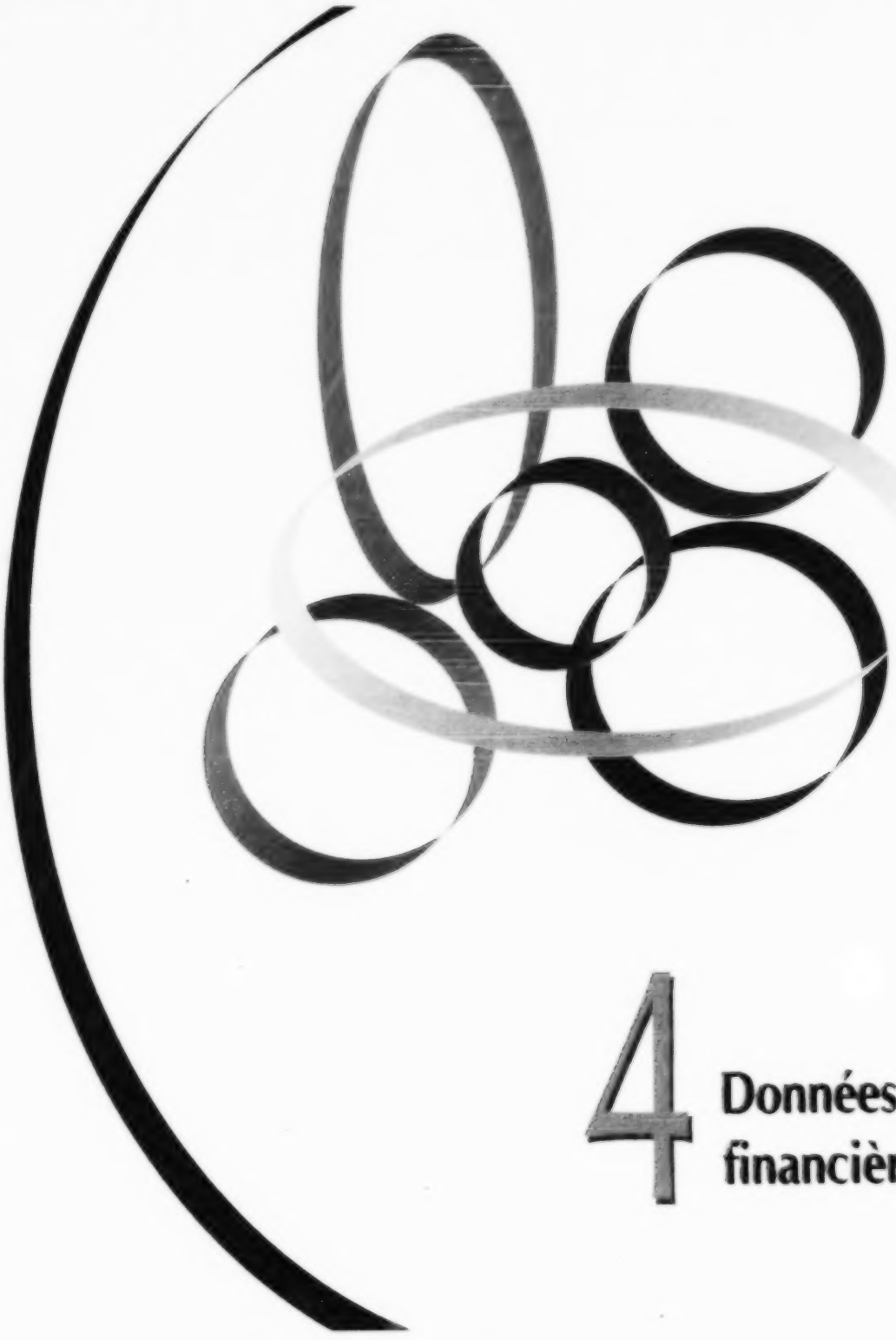
Les travaux du comité de partenariat ont consisté, en bonne partie, à réviser le fonctionnement du comité et les rôles de ses membres ainsi qu'à revoir certains éléments du cadre de référence et de collaboration en processus d'élaboration depuis 2007. Les travaux liés au cadre devraient prendre fin avec son adoption en 2008-2009.

Le comité a également procédé à l'analyse de deux demandes de reconnaissance de nouveaux organismes communautaires souhaitant être reconnus pour leurs activités en santé et services sociaux.

Comme par les années précédentes, le bottin des organismes communautaires a été mis à jour et diffusé largement dans le réseau de la santé et des services sociaux de la région. Il est également disponible sur le site Web de l'Agence.

L'ÉCONOMIE SOCIALE

L'Agence a maintenu ses liens avec les entreprises d'économie sociale. Les modifications apportées au Programme d'exonération financière en aide domestique sont encore en implantation et ont nécessité des précisions en ce qui a trait à leur application auprès des CSSS. L'Agence a donc poursuivi son rôle de transmission d'informations.



4 Données financières

DONNÉES FINANCIÈRES

Situation financière de *l'Agence*

Rapport de la direction

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue ont été dressés par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

La présidente-directrice générale

Lise St-Amour

La directrice des ressources financières et matérielles

Marie-Lyne Blier

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2008 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai exprimé une opinion sans réserve dans mon rapport daté du 22 mai 2008. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'agence conformément à l'article 395 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Pour le vérificateur général du Québec,

Alain Drouin, CA
Vérificateur général adjoint
Québec, le 9 juillet 2008

Tableau 19
Fonds d'exploitation – État des résultats – Exercice terminé le 31 mars 2008

	Activités principales		Activités accessoires	
	2007-2008 $	2006-2007 $	2007-2008 $	2006-2007 $
PROVENANCE DES REVENUS				
Subvention du MSSS	6 426 404	6 228 270		
Revenus d'intérêts	43 293	29 793		
Contributions de fonds affectés	72 750	145 000		
Revenus d'autres sources	484 844	510 375		
Total des revenus	**7 027 291**	**6 913 438**	**0**	**0**
NATURE DES DÉPENSES				
Salaires et avantages sociaux	4 770 774	4 394 084		
Charges sociales	522 226	475 576		
Frais de déplacement et d'inscription	375 404	418 126		
Services achetés	374 924	560 128		
Communications	244 522	207 155		
Loyer	263 006	235 903		
Location d'équipement	25 589	32 751		
Fournitures de bureau	75 459	84 939		
Autres frais	124 170	218 669		
Charges non réparties	88 548	151 535		
Transfert de frais généraux	(25 870)	(20 914)		
Total des charges d'exploitation	**6 838 652**	**6 758 152**	**0**	**0**
Dépenses d'immobilisations	103 195	75 424		
Total des dépenses	**6 941 847**	**6 833 576**	**0**	**0**
Excédent de l'exercice	**85 444**	**79 862**	**0**	**0**

Note : Données extraites de la page 200 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2007-2008

Tableau 20
Fonds des activités régionalisées – État des résultats – Exercice terminé le 31 mars 2008

	2007-2008 $	2006-2007 $
PROVENANCE DES REVENUS		
Crédits régionaux destinés aux établissements	206 971	529 706
Variation des revenus reportés – Crédits régionaux	150 093	
Contributions des établissements	1 069 415	1 066 196
Revenus d'intérêts	62 461	54 795
Contributions du fonds d'exploitation	432	
Contributions de fonds affectés	114 039	135 604
Revenus d'autres sources	443 833	116 850
Total des revenus	2 047 244	**1 903 351**
NATURE DES DÉPENSES		
Salaires et avantages sociaux	409 922	404 542
Charges sociales	47 164	48 395
Frais de déplacement et d'inscription	61 735	78 954
Services achetés	664 828	517 831
Communications	9 873	17 710
Loyer	875	722
Location d'équipement	417	117
Fournitures de bureau	1 626	2 919
Autres frais	68 285	60 672
Transfert de frais généraux	25 870	20 914
Autres	469 463	
Total des charges d'exploitation	**1 760 058**	**1 172 776**
Dépenses d'immobilisations	164 075	345 352
Total des dépenses	**1 924 133**	**1 518 128**
Excédent de l'exercice	**123 111**	**385 223**

Note : Données extraites de la page 201 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2007-2008

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Tableau 21
Fonds combinés – État des soldes de fonds – Exercice terminé le 31 mars 2008

	Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisations	Fonds des activités régionalisées
	Activités principales $	Avoir propre $	$	$
SOLDE AU DÉBUT	89 082	273 589	2 888 289	807 559
ADDITIONS				
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	85 444			123 111
Régularisations – analyse financière	1 867			
Régularisations – autres	610			15 649
Libération du surplus		90 949		
Acquisitions d'immobilisations à même les produits des fonds				
-Fonds d'exploitation – Activités principales			103 195	
-Fonds affectés			89 854	
-Fonds des activités régionalisées			164 075	
TOTAL	**87 921**	**90 949**	**357 124**	**138 760**
DÉDUCTIONS				
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits				
Régularisations – autres	1 264			21 836
Libération du surplus	90 949			
Autres			93 304	
TOTAL	**92 213**	**0**	**93 304**	**21 836**
VARIATION DE L'EXERCICE	**(4 292)**	**90 949**	**263 820**	**116 924**
SOLDE À LA FIN DE L'EXERCICE	**84 790**	**364 538**	**3 152 109**	**924 483**

Note : Données extraites de la page 250 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2007-2008

Fonds combinés – État des soldes de fonds - Exercice terminé le 31 mars 2007

	Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisations	Fonds des activités régionalisées
	Activités principales $	Avoir propre $	$	$
SOLDE AU DÉBUT	5 941	267 648	2 333 420	420 092
ADDITIONS				
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	79 862			385 223
Régularisations – autres	9 220		119 916	2 244
Libération du surplus		5 941		
Acquisitions d'immobilisations à même les produits des fonds				
-Fonds d'exploitation – Activités principales			75 424	
-Fonds affectés			52 889	
-Fonds des activités régionalisées			345 352	
TOTAL	**89 082**	**5 941**	**593 581**	**387 467**
DÉDUCTIONS				
Libération du surplus	5 941			
Autres			38 712	
TOTAL	**5 941**	**0**	**38 712**	**0**
VARIATION DE L'EXERCICE	**83 141**	**5 941**	**554 869**	**387 467**
SOLDE À LA FIN DE L'EXERCICE	**89 082**	**273 589**	**2 888 289**	**807 559**

Note : Données extraites de la page 250 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2006-2007

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Tableau 22
Fonds d'exploitation - Bilan au 31 mars 2008

	2007-2008 $	2006-2007 $
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	814 990	752 546
Débiteurs :		
MSSS	193 861	154 670
Établissements	51 081	6 276
Fonds des activités régionalisées		
Fonds affectés		
Autres	177 207	185 841
Intérêts courus	1 687	3 168
Taxes à recevoir	24 652	26 405
Charges payées d'avance	47 802	37 339
TOTAL DE L'ACTIF	**1 311 280**	**1 166 245**
PASSIF		
À court terme		
Créditeurs et charges à payer		
Établissements		39 841
Fonds des activités régionalisées	432	
Fonds affectés	1 765	
Autres	549 569	484 440
Revenus reportés	310 186	279 293
TOTAL DU PASSIF	**861 952**	**803 574**
SOLDE DE FONDS	449 328	362 671
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	**1 311 280**	**1 166 245**

Note : Données extraites de la page 260 du AS 475 de l'Agence pour l'année financière 2007-2008.

Tableau 23
Fonds des activités régionalisées - Bilan au 31 mars 2008

	2007-2008 $	2006-2007 $
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	959 537	1 196 742
Débiteurs :		
MSSS	14 833	75 631
Établissements	43 824	
Fonds d'exploitation	432	
Autres	279 052	9 000
Intérêts courus	2 457	4 767
Taxes à recevoir	19 531	9 778
Charges payées d'avance	6 807	444
TOTAL DE L'ACTIF	**1 326 473**	**1 296 362**
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque		
Créditeurs et charges à payer		
Établissements	79 082	49 886
Autres	137 539	109 984
Revenus reportés	185 369	328 933
TOTAL DU PASSIF	**401 990**	**488 803**
SOLDE DE FONDS	924 483	807 559
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	**1 326 473**	**1 296 362**

Note : Données extraites de la page 260 du AS 475 de l'Agence pour l'année financière 2007-2008.

Tableau 24
Fonds d'immobilisations
Bilan au
31 mars 2008

	2007-2008 $	2006-2007 $
ACTIF		
Comptes à recevoir du MSSS	3 352	2 492
Immobilisations	3 790 531	3 482 115
TOTAL DE L'ACTIF	**3 793 883**	**3 484 607**
PASSIF		
À court terme		
Autres éléments	3 352	2 492
À long terme	638 422	593 826
TOTAL DU PASSIF	**641 774**	**596 318**
SOLDE DE FONDS	3 152 109	2 888 289
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	**3 793 883**	**3 484 607**

Note : Données extraites de la page 261 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2007-2008.

Tableau 25
État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2007-2008 et suivi des comptes à payer non pourvus

		2007-2008 $
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2007-2008 inscrit dans le système SBF-R	01	319 576 166
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	02	290 988 890
Allocations aux organismes communautaires	03	11 037 420
Allocation à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	225 241
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L.02 à L.04)	05	302 251 551
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence avant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	12 355 064
Autres	07	48 703
TOTAL (L.05 À L.07)	**08**	**314 655 318**
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01 – L.08)	09	4 920 848
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R pour les établissements publics		
-Comptes à payer signifiés	10	1 142 450
-Comptes à payer non signifiés	11	3 491 644
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R pour les organismes autres que les établissements publics		
-Comptes à payer signifiés	12	63 378
-Comptes à payer non signifiés	13	223 376
Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R (L.10 à L.13)	14	4 920 848
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15	35 503
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09 – L.14 – L.15)	16	(35 503)

Note : Données extraites de la page 265 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2007-2008.

Compte tenu des changements apportés à la présentation de l'État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2007-2008, les données ne peuvent être présentées sur une base comparative au prix d'un effort raisonnable.

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Tableau 26
Sommaire des fonds affectés cumulés - Bilans et solde de fonds au 31 mars 2008

ACTIF	2007-2008 $	2006-2007 $
À court terme		
Encaisse	1 721 055	1 607 602
Débiteurs :		
MSSS	20 161 740	14 566 935
MSSS – subvention pour intérêts sur emprunts	115 103	123 448
Établissements	9 851 791	7 704 446
Fonds d'exploitation	1 765	
Taxes à recevoir	20 814	21 280
Autres	57 922	117 904
Intérêts courus	4 173	7 472
Autres éléments	91 598	33 521
Total - Actif à court terme	**32 026 161**	**24 182 608**
À long terme – Enveloppes décentralisées	32 052 290	34 383 127
TOTAL DE L'ACTIF	**64 078 451**	**58 565 735**
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque	105 522	104 864
Emprunt de banque	9 827 520	7 704 446
Intérêts sur emprunt à payer	29 728	26 407
Créditeurs et charges à payer :		
Établissements	18 913 065	13 977 563
Organismes		1 200
Autres	318 252	172 125
Subventions reportées		189 714
Revenus reportés MSSS et Crédits régionaux	21 703	
Autres éléments	2 013	
Total - Passif à court terme	**29 217 803**	**22 176 319**
Dette à long terme – Enveloppes décentralisées	32 052 290	34 383 127
TOTAL DU PASSIF	**61 270 093**	**56 559 446**
SOLDE DE FONDS		
Solde du début	2 006 289	2 302 509
Ajustements	1 021 420	14 694
Solde du début après ajustements et récupération du MSSS	**3 027 709**	**2 317 203**
Augmentation		
MSSS	31 510 536	24 060 390
MSSS – crédits régionaux	282 468	1 239 019
Variation des revenus reportés – MSSS et Crédits régionaux	168 011	
Subvention pour intérêts sur emprunts	192 220	175 227
Revenus d'intérêts	112 286	111 220
Autres	4 510 175	4 669 918
Total	**36 775 696**	**30 255 774**
Diminution		
Attributions :		
Établissements	20 400 022	14 886 365
Organismes	4 300	5 770
Intérêts sur emprunts	192 220	175 227
Contributions au fonds d'exploitation	72 750	145 000
Contributions au fonds des activités régionalisées		182 083
Charges d'exploitation		
Salaires	91 149	80 471
Avantages sociaux	27 583	14 864
Charges sociales	13 283	9 903
Frais de déplacement et d'inscription	83 976	90 144
Services achetés	230 497	383 316
Location d'équipement	1 262	602
Fournitures de bureau	6 403	6 563
Autres charges d'exploitation	134 567	101 589
Dépenses d'immobilisations	89 854	52 889
Autres	15 647 181	14 431 902
Total	**36 995 047**	**30 566 688**
Solde à la fin de l'exercice	2 808 358	2 006 289
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	**64 078 451**	**58 565 735**

Note : Données extraites des pages 262 et 263 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2007-2008

Agence de la santé et des services sociaux de Laval-Laurentides

Tableau 27
Fonds affectés - Bilans et états de la provenance et de l'utilisation des principaux fonds au 31 mars 2008

	Fonds des Immobilisations		Fonds des équipements	
	2007-2008 $	2006-2007 $	2007-2008 $	2006-2007 $
ACTIF				
Encaisse				
Débiteurs :				
MSSS	12 530 021	7 958 715	7 714 782	6 546 862
Établissements	5 313 401	4 702 884	4 514 119	3 001 562
Taxes à recevoir			2 534	
Enveloppes décentralisées			32 052 290	34 383 127
TOTAL DE L'ACTIF	**17 843 422**	**12 661 599**	**44 283 725**	**43 931 551**
PASSIF				
Découvert de banque	44 555	55 136	43 352	41 902
Emprunts de banque	5 313 401	4 702 884	4 514 119	3 001 562
Intérêts sur emprunts à payer	16 470	15 405	13 258	11 002
Créditeurs et charges à payer :				
Établissements	12 128 008	7 298 788	6 750 122	6 197 241
Dette à long terme – env.déc.			32 052 290	34 383 127
TOTAL DU PASSIF	**17 502 434**	**12 072 213**	**43 373 141**	**43 634 834**
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT	589 386	795 613	296 717	398 755
Ajustements	1 022 764			
Solde du début après ajustements et récupération	1 612 150		296 717	
PROVENANCE :				
MSSS	12 403 353	7 223 723	7 192 992	6 898 873
Autres revenus	208 857	225 562	2 070 907	2 136 125
TOTAL DES REVENUS	**12 612 210**	**7 449 285**	**9 263 899**	**9 034 998**
ATTRIBUTIONS :				
Établissements	13 710 670	7 408 490	6 488 896	6 769 250
Intérêts sur emprunts	99 952	102 022	92 268	73 205
Contributions au fonds d'exploitation	72 750	145 000		
Contributions au fonds act. régionalisés				182 083
Autres			2 068 868	2 112 498
TOTAL DES DÉPENSES	**13 883 372**	**7 655 512**	**8 650 032**	**9 137 036**
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE	340 988	589 386	910 584	296 717
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	**17 843 422**	**12 661 599**	**44 283 725**	**43 931 551**

Note : Données extraites des pages 510 et 521 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2007-2008 et des pages 510, 518, 521 et 530 du AS-475 de 2006-2007

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Tableau 27
Fonds affectés – Bilans et états de la provenance et de l'utilisation des principaux fonds au 31 mars 2008 (suite)

	Services préhospitaliers d'urgence et transport d'usagers entre établissements	
	2007-2008 $	2006-2007 $
ACTIF		
Encaisse	516 174	478 066
Débiteurs :		
MSSS	19 514	167 632
Fonds d'exploitation	1 765	
Taxes à recevoir	7 459	8 316
Intérêts courus	1 349	2 575
Autres	54 984	87 049
TOTAL DE L'ACTIF	**601 245**	**743 638**
PASSIF		
Créditeurs et charges à payer :		
Établissements	423	381 459
Autres	247 950	145 321
Autres éléments	2 013	
TOTAL DU PASSIF	**250 386**	**526 780**
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	216 858	63 762
Ajustements	(1 445)	(2 000)
Solde du début après ajustements		61 762
Solde du début après ajustements et récupération	215 413	
PROVENANCE		
MSSS	9 379 752	8 810 943
Crédits régionaux	1 622	
Revenus autonomes	1 987 972	1 918 187
Intérêts	44 744	39 561
Autres revenus	56 883	25 541
TOTAL DES REVENUS	**11 470 973**	**10 794 232**
ATTRIBUTIONS		
Contrats minimaux de services d'ambulance	10 015 852	9 127 018
Particularités régionales	83 398	102 773
Éléments rectifiables	168 636	125 185
Centre de communication santé	385 310	400 996
Formation	186 969	212 153
Assurance qualité	89 241	50 898
Allocation de retraite	60 720	
Attributions à des établis. : hausse coûts transport	165	411 730
Ajustements des années antérieures		(10 505)
Premiers répondants	28 067	13 056
Charges d'exploitation		
Salaires	91 149	80 471
Avantages sociaux	27 583	14 864
Charges sociales	13 283	9 903
Frais de déplacement et d'inscription	2 355	1 966
Fournitures de bureau	6 403	6 522
Autres charges d'exploitation	1 605	2 000
Dépenses d'immobilisations	89 854	52 889
Autres	84 937	37 217
TOTAL DES DÉPENSES	**11 335 527**	**10 639 136**
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE	350 859	216 858
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	**601 245**	**743 638**

Note : Données extraites des pages 517 et 531 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2007-2008 et des pages 511 et 531 du AS-475 de 2006-2007.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS – EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2008

1. Constitution et objets

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

2. Conventions comptables

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Conventions comptables en vigueur

Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

i) Les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations ne sont pas amorties ; les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du produit net résultant de l'aliénation est comptabilisé directement dans le solde du fonds acquéreur. De plus, les immobilisations corporelles et les actifs incorporels ne sont pas présentés distinctement ;

ii) Aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés ;

iii) Les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le ministère comme revenu, eu égard aux dépenses effectuées avant le 1er avril et imputée à une année financière écoulée, est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin d'exercice ;

iv) De façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire) pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements ;

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

v) Pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas toujours reportés ;

vi) Pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours des exercices subséquents ne sont pas toujours reportées ;

vii) Aucun bilan, état des résultats et/ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds ;

viii) Les fonds autres que le fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds ;

ix) Les contrats de location-acquisition intervenus avant le 31 mars 2003 sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu ;

x) L'information sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés n'est pas présentée ;

xi) Les ajustements des revenus et des dépenses de chacun des fonds, s'appliquant aux exercices antérieurs, sont comptabilisés dans le solde du fonds correspondant. Cependant, les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont jamais redressés même si l'impact de ces redressements peut être déterminé ;

xii) La dépense d'intérêts sur la dette à long terme et la subvention correspondante sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité de caisse.

Comptabilité par fonds

L'Agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici la description sommaire des principaux fonds :

i) Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent ;

ii) Le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés et montre le solde de la dette correspondante ;

iii) Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et que l'Agence assume dans les limites de ses pouvoirs ;

iv) Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

Attribution des subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

État des flux de trésorerie

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les informations sur les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, des activités régionalisées, d'immobilisation et affectés se retrouvent à la note 3.

Agence de la santé et des services sociaux de Laval - Québec

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût dans le fonds d'immobilisations. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des paiements de l'exercice.

Contrat de location-acquisition

Les contrats de location auxquels l'Agence est partie à titre de preneur et qui lui transfèrent la quasi-totalité des avantages et des risques liés à la propriété sont comptabilisés comme des contrats de location-acquisition et sont inclus dans les immobilisations corporelles et la dette à long terme, et ce, depuis le 1er avril 2003. Le coût comptabilisé en vertu des contrats de location-acquisition représente la valeur actualisée des paiements minimums exigibles en vertu du bail.

Tous les autres contrats de location sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation et les coûts de location qui en découlent sont inscrits comme charges dans l'exercice où ils surviennent.

Revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

i) Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ;

ii) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

i) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers ;

ii) Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent ;

iii) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année ;

iv) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Régime de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestation déterminée gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

Modifications futures de conventions comptables

Au cours du prochain exercice, l'Agence appliquera les nouvelles recommandations de l'Institut canadien des comptables agrées quant aux nouveaux chapitres suivants : 3031 - « Stock ». Ce dernier prescrit le traitement comptable des stocks, notamment sur la détermination du coût et sa comptabilisation ultérieure en charges, y compris toute dépréciation jusqu'à la valeur nette de réalisation.

Par ailleurs, l'ICCA a également publié le chapitre 3064 - « Écarts d'acquisition et actifs incorporels » en remplacement des chapitres 3062 - « Écarts d'acquisition et autres actifs incorporels », et 3450 - « Frais de recherche et de développement ». Ce nouveau chapitre établit des normes de comptabilisation, d'évaluation et d'information applicables aux écarts d'acquisition et aux actifs incorporels, y compris les actifs incorporels générés en interne. Ce chapitre s'appliquera aux états financiers des exercices ouverts à compter du 1er octobre 2008.

La direction n'est pas en mesure d'évaluer quelle sera l'incidence, sur ses états financiers, de l'application des modifications de ces normes.

3. Flux de trésorerie

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, des activités régionalisées, d'immobilisations et affectés qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2008	2007
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	103 195 $	75 424 $
Fonds des activités régionalisées :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	164 075 $	345 352 $
Produit de disposition d'immobilisations		900 $
Fonds affectés :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	89 854 $	52 889 $

4. Emprunt bancaire

Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée de 29 825 038 $ au taux préférentiel moins 1,5 %, dont 19 997 518 $ de la marge ne sont pas utilisés au 31 mars 2008. Le taux préférentiel au 31 mars 2008 est de 5,25 %. La convention de crédit a été renégociée le 1er avril 2008 et arrivera à échéance le 31 octobre 2011.

Agence de la santé et des services sociaux de Abitibi-Témiscamingue

5. Provision pour vacances, congés de maladie, heures supplémentaires

Les sommes à payer au 31 mars 2008 au regard des banques de vacances, de congés de maladie et heures supplémentaires cumulés ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

	2008	2007
Vacances	493 110 $	476 290 $
Congés de maladie	59 451	60 495
Heures supplémentaires	48 619	43 631
	601 180 $	580 416 $

6. Dette à long terme

La dette à long terme des fonds affectés Immobilisations et Équipements est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipement et est payable à Financement-Québec.

	2008	2007
Marge de crédit d'un montant autorisé de 36 000 000 $, portant intérêts au taux d'acceptation bancaire d'un mois + 0,30 % et venant à échéance le 31 mars 2023.	3 084 225 $	-
Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital plus les intérêts au taux variant de 3,889 % et 9,82 % payable semestriellement et échéant le 31 mars 2023.	28 968 065 $	34 383 127
	32 052 290	34 383 127
Tranche échéant à moins d'un an	2 078 272	5 415 062
	29 974 018 $	28 968 065 $

Les remboursements en capital de la dette à long terme à effectuer au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2009	2 078 242
2010	11 137 982
2011	3 038 607
2012	6 473 058
2013	905 360
	23 633 279 $

7. Régimes de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentés au rapport financier annuel.

Au 1er janvier 2008, le taux de cotisation pour le RREGOP a augmenté de 7,06 % à 8,19 % de la masse salariale cotisable et celui du RRPE de 7,78 % à 10,54 %.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

8. Engagements

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéants à diverses dates jusqu'au 17 avril 2013 pour des locaux administratifs et des biens loués.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2008 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 290 590 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2009	328 664 $
2010	327 654
2011	326 644
2012	48 172
2013	46 129
	1 077 263 $

Dans le fonds affecté des médecins en régions éloignées, l'Agence s'est engagée par contrat à verser des primes d'installation et de maintien à des médecins pour les inciter à venir exercer leur pratique dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Compte tenu que certains médecins peuvent recevoir des primes de maintien tout au long de leur pratique et que la durée de cette dernière ne peut être estimé, le montant de cet engagement est estimé en fonction des informations disponibles à la date de ces états financiers. Les versements estimés prévus au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2009	720 000 $
2010	715 000
2011	675 000
2012	575 000
2013	575 000
	3 260 000 $

9. Engagements budgétaires

Engagements au niveau des fonds affectés et des activités régionalisées

La direction s'est engagée à verser certaines sommes d'argent à des établissements, organismes ou projets qui n'étaient pas versées ni comptabilisées au 31 mars 2008. Voici le détail par fonds de ces montants :

Budget 76 – Priorités régionales :	
Composante 03 – Services ultraspécialisés	
- Plan de modernisation des laboratoires	
- CSSS de Rouyn-Noranda	579 $
- CSSS de la Vallée-de-l'Or	13 990
- Projets RIS en radiologie	
- CSSS des Aurores-Boréales	10 737
- CSSS des la Vallée-de-l'Or	17 037
- CSSS de Rouyn-Noranda	19 649
- Projet	
- CSSS des Aurores-Boréales	6 498
	68 490 $
Activités régionalisées – budget 7909 – Programme régional en santé publique	
- CSSS de Rouyn-Noranda (équipements dentaires portatifs)	9 093 $
- CSSS de la Vallée-de-l'Or (équipements dentaires portatifs)	9 093
	18 186 $

Activités régionalisées – budget 7910-01 – Technocentre régional	
Projets Index-ADT :	
- CSSS de Rouyn-Noranda	1 559 $
- CSSS de la Vallée-de-l'Or	4 240
Projets TD Synergie :	
- CSSS du Lac-Témiscamingue	3 945
- CSSS de Rouyn-Noranda	2 468
- CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	1 877
- CSSS des Aurores-Boréales	1 084
- CSSS Les Eskers de l'Abitibi	11 477
	26 650 $

10. Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Situation financière des *établissements*

Budget net de fonctionnement

L'exercice financier 2007-2008 s'est soldé par un excédent régional de 2 528 628 $. Sauf exception pour le CSSS de Rouyn-Noranda, tous les établissements de la région démontrent un surplus budgétaire grâce à la vigilance et aux efforts constants des gestionnaires du réseau de l'Abitibi-Témiscamingue.

Tableau 28
Budget net de fonctionnement - Excédent ou (déficit) au 31 mars 2008

ÉTABLISSEMENTS	Budget net de fonctionnement 2007-2008 $	Budget net de fonctionnement 2006-2007 $	Excédent (déficit) du Fonds d'exploitation 2007-2008 * $	Excédent (déficit) du Fonds d'exploitation 2006-2007 $
CSSS				
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	45 659 946	42 924 464	519 170	16 334
CSSS des Aurores-Boréales	38 539 654	35 729 417	0	50 638
CSSS de Rouyn-Noranda	60 588 199	57 705 470	(340 564)	(346 281)
CSSS de la Vallée-de-l'Or	65 549 280	61 886 840	230 665	76 322
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	5 590 776	5 240 115	59 840	8 432
CSSS du Lac-Témiscamingue	22 508 616	21 228 588	350 654	14 065
SOUS-TOTAL	**238 436 471**	**224 714 894**	**819 965**	**(180 490)**
CRPDI – CRPDP - CRPAPT				
CRDI Clair Foyer	16 950 235	15 655 399	182 936	157 214
CR La Maison	9 666 442	11 979 814	217 156	141 950
Centre Normand	2 379 836	2 307 915	46 152	85 883
SOUS-TOTAL	**28 996 513**	**29 943 128**	**446 244**	**385 047**
CPEJ - CRJDA				
Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue	21 064 963	17 335 343	1 262 419	973 841
SOUS-TOTAL	**21 064 963**	**17 335 343**	**1 262 419**	**973 841**
TOTAL RÉGIONAL	**288 497 947**	**271 993 365**	**2 528 628**	**1 178 398**

* Avant l'analyse financière 2007-2008

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Autorisation d'emprunt temporaire accordée

L'amendement au cadre de gestion de mai 2005 est venu renforcer et préciser davantage les cas, conditions et circonstances suivant lesquels un emprunt peut être autorisé en vertu du premier alinéa de l'article 296 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2) ainsi que le montant maximal de ces emprunts. Les autorisations d'emprunts temporaires au titre des dépenses courantes de fonctionnement sont sous la responsabilité entière du ministre. Toute demande d'emprunt est acheminée à l'Agence qui l'analyse et fait les recommandations au MSSS. Sur recommandation favorable de l'Agence, le MSSS autorise l'emprunt temporaire. Aucune limite ou plafond régional n'est considéré pour les dépenses courantes de fonctionnement.

En ce qui concerne les autorisations d'emprunts temporaires au titre des dépenses en immobilisation, elles sont sous la responsabilité de l'Agence jusqu'à concurrence de 3 % du budget brut de l'établissement concerné et dans les limites du plafond régional de 1 793 000 $; au-delà de l'une ou l'autre de ces limites, l'autorisation de l'Agence est sujette à l'obtention d'une dérogation ministérielle.

Tableau 29
Autorisation d'emprunt temporaire accordée au 31 mars 2008

NATURE DES DÉPENSES	$	%
Dépenses courantes de fonctionnement	4 000 000	1,3
Dépenses en immobilisation	3 817 768	1,2
Total régional	**7 817 768**	**2,5**

Subventions aux *organismes communautaires*

Tableau 30
Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités au 31 mars 2008

ORGANISMES	Subvention accordée Programme SOC 2007-2008 $	Subvention accordée Programme SOC 2006-2007 $	Ententes de service et projets ponctuels 2007-2008 $	Ententes de service et projets ponctuels 2006-2007 $
ALCOOLISME ET AUTRES TOXICOMANIES				
Accueil Harvey Bibeau	168 846	158 516	50 000	63 000
Maison du Compagnon La Sarre	118 977	109 369	18 000	
Maison du Soleil levant de R-N	153 940	138 898		5 000
Manoir du chemin pour la sobriété	25 987	25 611		
Piaule de Val-d'Or inc.	111 878	97 446	3 000	
Unité Domrémy de La Sarre	5 567	5 486		
Unité Domrémy de Val-d'Or	49 064	28 641	29 700	29 706
Sous-total	**634 259**	**563 969**	**100 700**	**97 706**
ASSISTANCE ET ACCOMPAGNEMENT				
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes A-T				173 462
Sous-total	**0**	**0**	**0**	**173 462**
AUTRES RESSOURCES JEUNESSE				
Arrimage jeunesse			89 288	88 553
Assoc. Gr. frères Gr. sœurs A-O	19 457	19 175		
Assoc. Gr. frères Gr. sœurs R-N	15 308	15 086		
Assoc. Gr. frères Gr. sœurs V-D	15 920	15 689		
Centre ressources jeunesse AT			80 999	84 278
Conseil territorial de la jeunesse A-T			10 000	10 000
Espace Val-d'Or	120 499	118 754		
Groupe IO			48 689	47 984
Interlocal jeunes Rouyn-Noranda			7 710	9 361
Mobilisation espoir jeunesse			29 040	29 040
Notre-Dame-du-Nord en santé			94 728	81 476
Projet jeunesse St-Michel	29 306	28 881		
Sous-total	**200 490**	**197 585**	**360 454**	**350 592**
AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL (CALACS)				
Assaut sexuel secours inc.	229 606	226 280	1 000	
CALACS-ABITIBI (Centre aide/lutte agres. sexuelles)	90 671	26 674		100 000
CAPACS A-O (Centre aide/prev. agres. sexuelles)	69 545	26 674		500
Point d'appui	230 227	226 892		1 000
Sous-total	**620 051**	**506 520**	**1 000**	**101 500**
CENTRES D'ACTIONS BÉNÉVOLES				
Centre de bénévolat Rouyn-Noranda	106 106	104 569		
Centre de bénévolat Val-d'Or	85 294	84 058	29 902	21 585
Centre de bénévolat Lac Temiscamingue	41 585	40 983		
Centre d'action bénévole l'amicale (centre bénévolat La Sarre)	42 810	42 190	450	550
Sous-total	**275 795**	**271 800**	**30 352**	**22 135**
CENTRES DE FEMMES				
Centre de femme l'Envol	154 222	133 412		
Collectif féministe	159 619	144 579		
Comité de la condition féminine	157 993	141 025		
Sous-total	**471 834**	**419 016**		
COMMUNAUTÉS CULTURELLES				
Centre entraide et amitié autochtone Val-d'Or			8 000	4 800
Centre entraide et amitié autochtone Senneterre				1 800
Sous-total	**0**	**0**	**8 000**	**6 600**

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Tableau 30
Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités au 31 mars 2008 (suite)

ORGANISMES	Subvention accordée Programme SOC 2007-2008 $	Subvention accordée Programme SOC 2006-2007 $	Ententes de service et projets ponctuels 2007-2008 $	Ententes de service et projets ponctuels 2006-2007 $
CONCERTATION RÉGIONALE				
CROC-AT	76 014	55 203	4 000	6 550
Sous-total	**76 014**	**55 203**	**4 000**	**6 550**
FAMILLE				
CPE chez Caliméro			553	
CPE Fleur et miel			6 429	
Ligue La Lèche			17 700	17 700
Maison de la famille Amos			18 479	20 011
Maison de la famille La Sarre			21 414	20 933
Maison de la famille Malartic			6 934	6 663
Maison de la famille Rouyn-Noranda			37 308	36 597
Maison de la famille Senneterre			3 841	3 785
Maison de la famille de Val-d'Or			23 855	25 238
Pour tous les bouts de Chou			8 796	8 498
Sous-total	**0**	**0**	**145 309**	**139 425**
HOMMES EN DIFFICULTÉ				
Groupe Image du Témiscamingue	100 362	92 995		
SATAS (Service d'aide et de traitement en apprentissage social)	78 356	77 221		
Sous-total	**178 718**	**170 216**	**0**	**0**
MAINTIEN À DOMICILE				
Ass. QC défense des droits personnes retraitées R-N			17 750	
Ass. QC défense des droits personnes retraitées V-D			15 430	
Bénévoles de Belcourt	4 205	4 144		
Bénévoles de Champneuf	5 291	5 214		
Bénévoles de Lamorandière	6 652	6 556		
Centre des bénévoles Uni-Joie	6 446	6 353		
Club de l'âge d'or de Ville-Marie	654	645		
Club de l'âge d'or de Vassan	3 605	3 553		
Comité bénévole Papillons dorés	4 513	4 448		
Comité bénévole Santé et Joie	6 587	6 492		
Comité bénévole Tournesol	3 844	3 788		
Comité de bénévoles de Rochebaucourt	5 534	5 454		
Comité de bénévoles Les Glaneurs	3 203	3 157		
Comité de bénévoles Landrienne	3 245	3 198		
Corporation Alliance des générations	6 186	6 096		
Corporation Soutien-Accueil d'Amos	5 482	5 403		
Coup de pouce communautaire Malartic	16 219	15 984		
Domaine de l'Hirondelle	7 579	7 469		
Entraide de quartier Le Point d'eau	30 401	29 961		
FADOQ				30 000
Groupe d'actions bénévoles A-O	40 663	40 074		
Groupe de service d'entraide secteur Est du Témiscamingue	2 410	2 375		
Indépendance 65 +	10 488	10 336	4 543	2 543
Popote roulante d'Amos	7 763	7 651		
Popote roulante de Val-d'Or	14 341	14 133		
Regroupement des personnes aidantes naturelles R-N	13 535	8 411		
Table des aînés de Senneterre			5 500	
Table de concertation pers. âgées du Témiscamingue	47 653	46 963	13 000	
Sous-total	**256 499**	**247 858**	**56 223**	**32 543**

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Tableau 30
Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités au 31 mars 2008 (suite)

ORGANISMES	Subvention accordée Programme SOC 2007-2008 $	2006-2007 $	Ententes de service et projets ponctuels 2007-2008 $	2006-2007 $
MAISON D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE				
Alternative pour elles	650 258	585 015		
Maison Mikana	548 834	488 196		
Maison d'hébergement l'Équinoxe	487 855	421 567		
Maison d'hébergement Le Nid	569 048	502 716		
Sous-total	**2 255 995**	**1 997 494**	**0**	**0**
MAISONS DE JEUNES				
Campus Jeunesse de Cadillac	28 998	28 578	8 027	9 227
Carrefour jeunesse emploi A-E			89 607	36 242
Jeunesse Action Val-d'Or inc.	77 674	76 549	7 628	5 628
Liaison 12-18 inc.	70 258	69 240	2 128	2 128
Maison des jeunes de Barraute	32 043	31 579	8 027	8 027
Maison des jeunes du Témiscamingue	74 197	73 122	13 275	13 275
Maison des jeunes E.R.A.D. inc.	51 509	50 763	5 628	5 628
Maison des jeunes de La Sarre	71 514	70 478	31 945	33 445
Parcours-rue				52 067
Refuge jeunesse Malartic inc.	65 238	64 293	2 128	2 128
Soupape Maison des jeunes inc.	77 410	76 289	3 228	2 128
Sous-total	**548 841**	**540 891**	**171 621**	**169 923**
MESURE DE RECHANGE				
Liaison justice	498 649	491 426		
Sous-total	**498 649**	**491 426**	**0**	**0**
MULTICLIENTÈLES				
Corporation de développement communautaire Universeau	18 059	17 797		
Mouvement relève d'Amos			49 100	48 389
ORDET	79 001	77 857		
Sous-total	**97 060**	**95 654**	**49 100**	**48 389**
PERSONNES DÉMUNIES				
Association Place au soleil	3 531	3 480		
Centre Bernard-Hamel	47 829	47 136		
Fraternité St-Michel	16 493	16 254		
Maison St-André A-O.	37 150	36 612		
Regroup. d'entraide sociale du Témiscamingue	48 881	48 173	11 936	13 563
Sous-total	**153 884**	**151 655**	**11 936**	**13 563**
PERSONNES HANDICAPÉES				
Actia	32 689	24 331	4 000	5 000
Aile brisée (L')	19 162	13 000	13 452	11 900
Arche d'Amos	207 750	204 741	26 191	25 039
Ass. de parents d'enfants handicapés du Témiscamingue	15 619	15 393	11 205	12 105
Ass. intégration sociale	55 401	44 743	15 010	15 010
Ass. Qc enfants dysphasiques (audimuets)	5 567	5 486		
Ass. Qc enfants problèmes auditifs (AQEPA)	6 388	6 295		6 200
Ass. sourds et malentendants	10 402	10 251		
Ass. voir sans voir	10 172	10 025		
Centre La Mésange	11 181	11 019	8 551	5 051
Centre d'intégration physique l'Envol	23 109	22 774		
Centre ressources et vie autonome	25 220	24 855	3 649	2 500
Club A.C.V. Rouyn-Noranda inc.	9 842	9 699		
Club de l'amitié des handicapés d'Abitibi-Ouest	28 602	28 188		
Club des handicapés de Val-d'Or	18 581	18 312	16 890	17 180
Corporation de répit-dépannage La Chrysalide	64 609	58 873	24 293	27 464
Intrépides Rouyn-Noranda	24 724	24 366	5 819	5 244
Parrainage civique de l'A-T	8 566	4 500	30 550	

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Tableau 30
Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités au 31 mars 2008 (suite)

Organismes	Subvention accordée Programme SOC 2007-2008 $	Programme SOC 2006-2007 $	Ententes de service et projets ponctuels 2007-2008 $	ponctuels 2006-2007 $
Pilier (Le)	27 940	20 637		
RASPHA (Regroup. des associations services aux personnes handicapées Amos)	30 092	29 656		
Réseau intégration à l'emploi A-T			3 672	3 760
Ressource d'aide et service aux personnes handicapées AT et Nord Qc	11 149	10 987	553 659	574 663
Société autisme et autres troubles de l'Abitibi-Témiscamingue	82 570	81 374	51 077	50 337
Table action travail du Témiscamingue			5 507	6 000
Sous-total	**729 335**	**677 505**	**773 525**	**767 453**
SANTÉ MENTALE				
Appartements communautaires Le Pont	5 398	5 320		
Bouée d'espoir (Le Relais)	65 541	64 592	5 730	4 256
Centre de prévention suicide d'Amos	45 992	65 290	693	1 279
Centre de prévention suicide du Témiscamingue	37 930	41 455	970	1 226
Centre de prévention suicide de Rouyn-Noranda	87 674	93 805	108	1 042
Centre de prévention suicide de Malartic	21 649	23 566	887	1 249
Centre de prévention suicide de Senneterre	18 803	20 716	785	1 429
Centre de prévention suicide de Val-d'Or	65 579	71 156	904	1 178
Chaumière (La)	134 248	132 303		
Comité local prévention suicide A-O	48 460	52 423	846	1 232
Entretoise du Témiscamingue	107 267	105 713		
Équipe La Petite Rencontre	141 237	139 191	25 022	24 660
Giboulée (La)	101 979	100 502	24 470	24 115
Groupe en toute amitié de Senneterre	10 482	5 403		2 000
Groupe Soleil	129 662	127 784	83 396	82 188
Ligne intervention téléphonique du suicide A-T (centre régional)	244 587	244 544	1 235	2 918
Maison 4 saisons du Témiscamingue	122 233	108 636	15 000	
Pont (Le) de Rouyn-Noranda	182 957	180 307	18 497	18 229
Portail (Le)	65 730	64 778	10 815	9 673
RAIDD-AT (Rés. aide & inf. des droits A-T)			67 771	66 789
Rescousse (La)	65 613	64 663	17 675	17 419
Résidence des Saules	21 581	21 268		
TCROCASMAT			24 859	24 499
Trait Union (Le)	210 024	206 981	45 652	46 382
Valpabem	65 723	64 771	10 050	9 904
Sous-total	**2 000 349**	**2 005 267**	**355 365**	**341 667**
SANTÉ PHYSIQUE				
Albatros 08 inc.	17 830	17 572		
Amis de l'Envol	4 332	4 269		
Arc-en-soi de La Sarre	5 000			
Association de la fibromyalgie	20 608	20 309		900
Association des diabétiques du Témiscamingue	4 873	4 802		
Association diabète de R-N	6 225	6 135		
Lueur du phare	1 948	1 920		
Maison de la source Gabriel				164
Société Alzheimer de R-N	23 641	23 299		
Société Alzheimer de Val-d'Or	26 977	26 586		
Société sclérose en plaques A-T	23 370	23 031		
Sous-total	**134 804**	**127 923**	**0**	**1 064**
SIDA				
Centre des ROSÉS de l'A-T	52 442	51 682		1 000
Sous-total	**52 442**	**51 682**		**1 000**
TOTAL	**9 185 019**	**8 571 564**	**2 067 585**	**2 273 572**

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

5 Code d'éthique des administrateurs publics de l'Agence

5 CODE D'ÉTHIQUE DES ADMINISTRATEURS PUBLICS DE L'AGENCE

En vertu de l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, le conseil d'administration de toute agence est tenu d'établir un code d'éthique et de déontologie.

Celui-ci rappelle les administrateurs à un devoir d'éthique et de loyauté et indique les modalités à suivre si l'on juge qu'il y a des irrégularités.

Les formulaires de « Déclaration des intérêts des administrateurs publics » et « Engagement personnel » ont été complétés et signés par tous les membres du conseil d'administration de l'Agence, sans exception.

À ce jour, il n'y a eu aucun manquement au code d'éthique.

INTRODUCTION

La présente section indique les principes d'éthique devant guider les administrateurs publics de l'Agence (ci-après nommé l'administrateur ou les administrateurs). Le terme « administrateurs publics » vise les membres du conseil d'administration, le président-directeur général et le directeur de santé publique.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2 (ci-après appelée « la loi ») rappelle les principes émis dans le Code civil du Québec quant aux actions des administrateurs publics. Ils sont formulés en regard des membres de conseil d'administration d'une agence (article 406).

> « [...] les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait, en pareilles circonstances, une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'agence et de la population de la région pour laquelle l'agence est instituée. »

D'autre part, *le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics*, *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c.M-30 a.3.0.1 et 3.0.2, 1977, c.6a.1) précise, à l'article 4 :

> « [...] Les administrateurs publics sont nommés ou désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens [...] »

Dans le cadre de la gouverne régionale instaurée en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q. C. S-4.2), tel qu'amendée par la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (L.R.Q. 2001, ch. 24), le conseil d'administration de l'Agence est appelé à poursuivre son rôle en tant qu'instance dédiée à la prise de décision sur les grandes politiques et orientations régionales et à la reddition de comptes. Il doit assumer quatre grandes responsabilités :

- assurer la participation de la population;
- définir les politiques et orientations;
- allouer les ressources;
- assurer la surveillance et le contrôle des résultats découlant de ses décisions.

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

La nomination par le gouvernement des membres du conseil d'administration fait en sorte qu'ils sont assujettis aux dispositions *du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics découlant de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (ci-après, le Règlement), lequel Règlement a pour objet (article 1) :

> « ... de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence au sein des organismes et des entreprises du gouvernement et de responsabiliser les administrateurs et les administrateurs publics. »

Le code d'éthique exprime la volonté de l'ensemble des administrateurs d'avoir des comportements au-dessus de tout soupçon et cohérents avec les obligations de dépositaires de fonds publics.

DÉCLARATION DE PRINCIPE

Attendu que les administrateurs identifient les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir, en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de sa région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population, des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région et d'élaborer des orientations à cet égard;

Attendu que l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité, de la crédibilité et de la confidentialité;

Les administrateurs de l'Agence s'engagent à respecter les principes suivants dans le processus de décisions auxquels ils seront appelés à participer :

- primauté des intérêts de la population à desservir;
- équité dans la distribution des ressources dans la région.

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacun des articles du présent code d'éthique des administrateurs publics de l'Agence.

Dispositions générales

Le présent code d'éthique détermine les devoirs et les obligations de conduite des administrateurs dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

En cas de doute, l'administrateur agit selon l'esprit des principes et des règles du présent code et du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* (L.R.Q., c.M-30, r.01). Il doit, de plus, organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

OBJECTIF DU CODE D'ÉTHIQUE

Le présent code d'éthique a pour objectif de faire en sorte que toutes les personnes concernées connaissent les règles que l'organisation leur indique de suivre, pour qu'il y ait, non seulement apparence, mais aussi évidence d'honnêteté, de transparence et absence de bénéfice personnel dans leurs activités à l'Agence.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

PERSONNES CONCERNÉES PAR LE CODE D'ÉTHIQUE

Ce code d'éthique s'applique exclusivement aux membres du conseil d'administration, au président-directeur général et au directeur de santé publique de l'Agence, puisqu'ils ont été nommés par le gouvernement.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

- L'administrateur s'engage à agir avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances, une personne de bonne foi, raisonnable, avec honnêteté et loyauté.
- L'administrateur s'engage à agir de façon courtoise et à maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
- L'administrateur s'engage à rendre ses décisions en fonction de leurs implications sur la qualité et l'accessibilité des services; il tient donc compte de l'ensemble des conséquences que peut avoir son administration sur le service à donner au public et sur le bon usage des fonds publics.
- L'administrateur s'engage à assister aux assemblées du conseil d'administration ou à défaut, il motive son absence.
- L'administrateur s'engage, dans le processus décisionnel, à prendre connaissance de tous les éléments de la question, à demander des informations complémentaires et des éclaircissements au besoin; il se prononce alors de la manière la plus objective possible.
- L'administrateur s'engage à agir avec respect et dignité dans la manifestation publique de ses opinions.
- L'administrateur s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus dans l'exercice de sa fonction; à ce chapitre, il devra s'abstenir de toute fuite ou confidence lorsque le conseil aura décidé de les maintenir à huis-clos.
- L'administrateur s'engage à s'acquitter de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.
- L'administrateur s'engage à éviter toute partisannerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

RÈGLES RELATIVES AUX CONFLITS D'INTÉRÊTS, DE RÔLES ET DE RESPONSABILITÉS

- L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.
- L'administrateur prévient tout conflit d'intérêts, de rôles et de responsabilités et évite de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions.
- L'administrateur ne recherche pas, pour lui ou son entourage, des avantages personnels dans l'exercice de ses fonctions.
- De plus, l'administrateur ne confond pas les biens de l'organisme avec les siens et ne les utilise pas à son profit ou au profit d'un tiers.
- Le fait d'être un administrateur de l'Agence ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit.

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

- Le fait d'être un membre du conseil d'administration de l'Agence ne lui donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont il est investi dans le cadre d'une assemblée du conseil d'administration dûment convoquée ou qu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil d'administration.

- L'administrateur doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne.

DÉCLARATION D'INTÉRÊT

Compte tenu des règles énoncées sur les conflits d'intérêts, de rôles et de responsabilités, l'administrateur s'engage à respecter les dispositions de l'article 154 de la loi dans les situations où il a un intérêt pécuniaire dans une entreprise, à savoir :

> ***Article 154***
> *Tout membre d'un conseil d'administration, autre qu'un directeur général, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre, doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.*
>
> *Le fait, pour un membre du conseil d'administration, d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article, ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).*

- L'administrateur dépose annuellement devant le conseil d'administration une déclaration d'intérêt (annexe I) écrite, mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'Agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

  En cours d'année, si sa situation évolue, l'administrateur a la responsabilité et l'obligation de procéder au dépôt d'une nouvelle déclaration d'intérêt.

ACTIVITÉS POLITIQUES

- Lorsqu'un administrateur est désigné comme porte-parole de l'Agence, il fait preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques.

- Le président ou la présidente du conseil d'administration ou le président-directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du conseil exécutif.

- La personne élue à la présidence du conseil d'administration ou le président-directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions; les articles 22 à 26 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* (L.R.Q., c.M-30, r.01) précisent alors les règles applicables à sa situation.

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

RÈGLES RELATIVES AUX ASSEMBLÉES

- Le membre du conseil d'administration respecte les règlements régissant la procédure des réunions; à ce titre, il reconnaît l'autorité de la personne qui préside dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

- Le membre du conseil d'administration respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.

- Le membre du conseil d'administration respecte l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis-clos pour ce faire.

- Le membre du conseil d'administration, dans le cadre d'une assemblée, conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

- Le membre du conseil d'administration peut, s'il le désire, faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.

- Le membre du conseil d'administration évite de ternir la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

INTERDICTION DES PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION

L'administrateur ne sollicite pas, n'accepte pas et n'exige pas d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

- Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

- Le président-directeur général et le directeur de santé publique ne peuvent recevoir, en outre de leur rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT

- Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit qui ne sont pas d'ordre public et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

- Le membre du conseil d'administration témoigne de respect envers l'Agence et son conseil d'administration.

MÉCANISME D'APPLICATION ET DE RESPECT DU CODE

- Le président ou la présidente du conseil d'administration s'assure du respect des principes d'éthique par les administrateurs.

- Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code et signer, à cet effet, l'engagement personnel (annexe II).

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

- Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration complète, signe et remet une déclaration qui apparaît à l'annexe I du présent code et elle amende cette déclaration dès qu'elle connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

- Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique, en saisit le président ou la présidente du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier ou de cette dernière, le vice-président ou la vice-présidente du conseil d'administration.

- Le président ou la présidente du conseil d'administration consulte le comité d'éthique afin de déterminer s'il y a eu manquement au code d'éthique ou, pour l'aider dans sa décision, d'en saisir ou non le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs.

- Le président ou la présidente du conseil d'administration qui est d'avis qu'il y a eu un manquement de la part d'un administrateur, pouvant entraîner une sanction disciplinaire, avise le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui est l'autorité compétente pour agir.

- Ce comité est consultatif au président ou à la présidente du conseil d'administration à qui la décision finale appartient. Le comité est composé de trois membres du conseil d'administration, excluant les officiers. Il décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation; il est entendu que la confidentialité doit être compatible avec l'équité procédurale.

- Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il rédige un rapport contenant un sommaire de l'enquête. Ce rapport est confidentiel.

- Le président ou la présidente du conseil d'administration transmet ce rapport au secrétaire général associé, responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

ENQUÊTE ET IMMUNITÉ

- Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.

- Les personnes qui effectuent les enquêtes sont tenues à la confidentialité.

PUBLICITÉ DU CODE D'ÉTHIQUE

- L'Agence rend accessible un exemplaire du code d'éthique des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

- L'Agence publie dans son rapport annuel de gestion, le code d'éthique des administrateurs.

- Le rapport annuel de gestion de l'Agence fait état :
  a) du nombre et de la nature des signalements reçus;
  b) du nombre de cas traités et de leur suivi;
  c) de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
  d) des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de leur charge.

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Déclaration des intérêts des administrateurs publics – Code d'éthique

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Québec

Je, _____ _____, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec l'Agence ou qui sont susceptibles d'en faire.

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec l'Agence ou qui est susceptible de le devenir.

3. J'occupe les emplois suivants :

Emploi	Employeur

4. J'occupe une fonction ou suis membre des organismes suivants :

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts est débattue.

Prénom et nom

Signée à

Signature de l'administrateur

Jour / mois / année

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Engagement personnel – Code d'éthique

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Québec

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

* * *

Je, _____, administrateur à l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, ai pris connaissance du Code d'éthique des administrateurs

Je déclare en comprendre le sens et la portée.

_____ Signature

_____ Date

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Agence de la santé
et des services
sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue
Québec